

PROYECTO DE GRADO ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD

**PERCEPCIÓN DE LOS TOMADORES DE DECISIÓN EN SALUD, FRENTE A LA
ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN
RISARALDA 2019.**

ASPIRANTES

**ÁNGEL MARÍA HURTADO GUEVARA
JUAN CARLO OSORIO SUARÉZ**

ASESORA

PATRICIA GRANADA ECHEVERRY

**ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD
FACULTA DE MEDICINA
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
2018**

CONTENIDO

1.	1.	INTRODUCCIÓN.....	4
2.	2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
3.	3.	JUSTIFICACIÓN	12
4.	4.	Objetivo General:.....	15
5.	4.1	Objetivos Específicos:	15
6.	5.	MARCO TEÓRICO.....	16
7.	5.1	Percepción gerencial	17
8.	5.1	El conflicto armado como determinante social de la salud en Colombia.....	18
9.	5.2	Panorámica general del Sistema de Salud Colombiano.....	20
10.	5.3	Revisión global del marco jurídico y normativo en salud	23
11.	6.	METODOLOGÍA	37
12.	7	CRONOGRAMA.....	48
13.	8.	PRESUPUESTO.....	49
14.	9.	RECOMENDACIONES	49
15.	10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
16.	11.	ANEXOS.....	54

BANCO DE SIGLAS

Determinantes de Bienestar (DB)

Derechos Humanos (DH)

Derecho Internacional Humanitario (DIH)

Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

Empresas Sociales del Estado (ESE)

Entidades Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB)

Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud (IPSS)

Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Organización Panamericana para la Salud (OPS)

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP)

Política de Atención Integral en Salud (PAIS) Resolución 0429 de 2016

Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS)

Formador de Talento Humano en Salud (FTHS)

Dirección Territorial de Salud (DTS)

Dirección Local de Salud (DLS)

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de grado se enmarca en la especialización en gerencia de los sistemas de salud de la Universidad Tecnológica de Pereira (UTP), para optar al título. Este proyecto surge de la idea de problematizar el papel del gerente en un sistema de salud que se encuentra enmarcado en un contexto social de violencia resultado de conflicto armado interno como el departamento de Risaralda. Pretende aportar una aproximación descriptiva de la percepción que los gerentes y tomadores de decisión en salud frente a la atención integral de la población víctima del conflicto armado.

Para conocer de manera investigativa, con rigurosidad académica, la percepción del tomador de decisión, y posibilitar el reconocimiento de los factores que inciden en el proceso gerencial en salud, además de los reajustes a los que se pueden apuntar, una vez analizada dicha información.

Con este producto se busca descubrir la percepción sobre el de los tomadores de decisión en salud en ámbitos como la política pública en salud y lo correspondiente a la ley 1448 de 2011, también conocida como la “Ley de Víctimas”(1), la gestión de la prestación de los servicios, el ciclo PHVA del gerente del sistema de salud, todo esto para establecer una relación cómo se está dando en la actualidad la atención integral en salud¹ a la población víctima del conflicto armado² y cómo podemos mejorarla.

En la primera parte del planteamiento del problema centra su atención en la magnitud del fenómeno del conflicto armado interno en Colombia y en Risaralda y la responsabilidad a las exigencias de garantizar una atención integral en salud a las víctimas; lo cual hace parte de las responsabilidades generales de un gerente de los sistemas de salud. En la justificación se hacen abordajes desde la perspectiva del derecho internacional humanitario, los determinantes sociales, los marcos normativos y desde los sistemas de salud como gerentes.

¹ La atención integral en salud que aquí se entiende, obedece a las condiciones establecidas desde el modelo de atención integral en salud MIAS, direccionado en Colombia desde la Resolución 0429 de 2016 (44).

² El proceso aquí dispuesto hace mención de manera intencionada a pensar en una “Versión 1.0 Tomadores de Decisión en Salud” en el interés de los investigadores de dejar abierto el horizonte de la investigación para fines de posteriores versiones en el mismo tema con otros grupos poblacionales, como profesionales asistenciales, y población víctima del conflicto armado.

En la tercera parte se describen los objetivos de la generales y específicos los cuales buscan hacer una descripción de la percepción de los tomadores de decisión en salud, frente a la atención de integral de la población víctima del conflicto armado en Risaralda, para lo cual se establecerá el marco jurídico normativo vigente para la atención integral en salud de la población víctima del conflicto armado en Colombia, diseñar y validar un instrumento para explorar la percepción gerencial de los tomadores de decisión en salud, sobre la atención integral de la población víctima del conflicto armado y explorar la percepción de los tomadores de decisión en Risaralda frente a la atención a víctimas.

En la cuarta parte se abordan de manera amplia los diferentes temas y conceptos de interés específico en el marco de las políticas públicas en salud, como los determinantes sociales (DSS), los derechos humanos (DH), la atención a las víctimas en Colombia, lo que implica el reconocimiento de procesos que sustentan la necesidad de incidir desde la toma de decisión gerencial en salud, bajo la lógica de la vulnerabilidad diferenciada según las necesidades específicas de la población, reconociendo además, que dicha toma de decisión, se fundamenta no solo en el marco jurídico y normativo, sino en el factor perceptivo del tomador de decisión; de allí el interés de indagar desde esta investigación, por dicho componente.

Este proyecto de investigación tiene como uno de sus productos el diseño de una encuesta de percepción en salud dirigido a los tomadores de decisión en salud como son los gerentes generales, secretarios de salud municipales o departamentales, directores de –IPS- instituciones prestadores de Salud y entidades administradores de planes de beneficio (EAPB).

La puesta en marcha de la evaluación de la percepción gerencial, mediante la “Encuesta de Percepción Gerencial en Salud EPG-Conflicto Armado y Salud”, que se propone busca ampliar y formalizar la información sobre la percepción de dichos tomadores de decisión en salud, donde confluyen factores ideológicos, cogniciones, emociones, actitudes, aptitudes, habilidades y destrezas que debe poner en práctica un gerente de los sistemas de salud para garantizar la atención de las personas víctimas del conflicto armado.

La población víctima del conflicto armado en el país, requiere una atención en salud de calidad (2), oportuna e integral e integrada (3); al igual que reconocer la incidencia de normas y leyes que puedan ¿sustentar el ejercicio de gerenciar los servicios de salud

mediante la gestión del ciclo PHVA y el desarrollo de actividades, programas y proyectos, relacionados con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el restablecimiento de derechos.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los sistemas de salud y sus políticas tienen un papel muy importante en el desarrollo de las sociedades, según la Organización Mundial de la salud – OMS- “los sistemas de salud realizan sus principales actividades con el objetivo de promover, restablecer o mantener la salud en los habitantes de un territorio”(4). Teniendo en cuenta esta definición la responsabilidad de los sistemas de salud en el mundo no sólo se relaciona con la mejora de la salud de las personas sino, la prevención de las pérdidas financieras del costo de la enfermedad y la discapacidad, junto con la garantía de un trato con dignidad (4).

Para resumir, son tres las finalidades del sistema de salud a mencionar: mejorar la salud de la población a la que atiende, responder a las expectativas y necesidades de las personas; y ofrecer la protección contra los altos costos de no tener una buena salud, según la OMS no sería equivocado pensar que una atención integral a las víctimas se pueda dar dentro de la finalidad de los sistemas de salud.

La -OPS- Organización Panamericana de Salud considera: “En Latinoamérica es muy frecuente que se les imponga a los sistemas de salud la obligatoriedad de ser accesibles, sostenibles y de calidad, además de ser proactivos y de muchas virtudes”(4).

Aunque bajo la lupa de la OMS algunos objetivos muy deseados como la accesibilidad son en la práctica real utilizados más como un medio que como un fin en sí mismo. Se entiende que cuando un sistema es más accesible, cada vez más personas lo utilizan para mejorar su salud y no debe ser entendido como un tema meramente de cobertura(4). Sin embargo, en la práctica se observa que los sistemas de salud no están funcionando como debería ser.

Las personas y usuarios del sistema demuestran cada vez más descontento y rechazo ante la insuficiencia de los servicios de salud para brindar unos niveles de cobertura nacional que sea capaz de satisfacer las demandas y las nuevas exigencias, frente a la situación de que los servicios de salud no son acordes con sus expectativas (5). Las

actuales crisis económicas y políticas exigen a los mecanismos institucionales y sus gerentes el desafío de garantizar el acceso a los servicios de salud, la prestación de los mismos y su financiación sostenible.

La principal problemática del sistema de salud en Colombia y sus líderes se debe a que invierte mucho en atender la enfermedad, en curar y muy poco en prevenir, las enfermedades de alto costo se consumen los recursos y el tema de ver la salud como un negocio advierte a los gerentes que el objetivo es facturar y ser medidos con indicadores de rentabilidad propios de otros mercados diferentes al sector salud (6).

Garantizar el acceso para las personas víctimas del conflicto armado en Colombia a la salud, es una problemática que forma parte de su contexto social, por ende, involucra la participación de múltiples sectores (económico, judicial, social) pero en especial a los sistemas de salud (7).

Colombia es un país con un conflicto armado de más de 50 años, y que ha generado según los registros de la Unidad de Atención y Restitución a Víctimas –UARIV- existen en la actualidad más de 8.650.169 de víctimas que en su declaración manifestaron ser victimizadas por hechos en el marco del conflicto armado, de las cuales 6.904.424 son víctimas sujetas de atención y pueden acceder a las atenciones y reparaciones contenidas en la ley (8).

Se calcula además que en Colombia a la fecha de 2015 existían más de 3 millones de personas con discapacidad y según el Registro Único de Víctimas 191.152 ha sufrido algún hecho victimizantes dentro del marco del conflicto armado, esta información es ofrecida por el Sistema Nacional de Atención y Reparación de Víctimas que es parte de la Unidad para las Víctimas y que además nos dice, que en nuestro país mientras tenemos un porcentaje de 6,3% a nivel nacional de personas con algún tipo de discapacidad, en el Registro Único 2,5 % de las víctimas reportan algún tipo de discapacidad (9), estos datos se pueden interpretar como que en nuestra población, un porcentaje presenta discapacidad y que de ese porcentaje una parte además son víctimas del conflicto armado y ambas en última necesitan de una atención integral. Sobre los datos generados por las oficinas de atención a las víctimas es importante analizar cuál es el impacto de esta problemática al sistema de salud, las instituciones prestadoras de servicios están

capacitados para garantizar la atención a las víctimas o necesitan una reorganización con un cambio estructural y funcional.

Para el departamento de Risaralda se encuentra a partir de los resultados del perfil situacional de la población víctima del conflicto armado de 2015 se encuentra con que la población víctima en Risaralda reportada es de 63,610 de los cuales 33,565 son mujeres y representan en 53% y que 29,980 son hombres representando el 47% de la población(7).

Los determinantes sociales de salud (DSS) son “una forma de comprender los problemas que se encuentran en las sociedades en el mundo de fenómenos como la enfermedad, la discapacidad y la pobreza, poder entender que los factores sociales, culturales y económicos pueden incidir directamente en la salud de las poblaciones y su desarrollo social y cultural, es una herramienta metodológica y conceptual que permite realizar acciones intersectoriales en pro de mejoramiento de la salud y calidad de vida de las poblaciones” (10), a pesar de que los determinantes sean un gran avance y sean han considerado como un conjunto de factores, personales, sociales y ambientales que influyen en la salud(11), y aunque son muchos los avances en cuanto acceso y cobertura, en la actualidad son pocos las acciones que se logran materializar en el campo de los práctico y operativo de las sociedades, considerando que en algunos países la idea de la atención primaria en salud una estrategia que considera los determinantes, aun sea algo utópico.

Considerando que los determinantes sociales en salud define un impacto positivo o negativo factores ambientales, sociales y culturales, se puede afirmar que en una sociedad con un conflicto armado prolongado deber ser considerada de este, la violencia y sus múltiples formas como un determinante que repercute en la salud de las personas cada que se observe fenómenos como la enfermedad, la muerte y la discapacidad asociados al conflicto armado, a los cuales el sistema de salud y sus gerentes deben dar una respuesta.

Entre los esfuerzos por parte del Estado para contribuir al mejoramiento de los sistemas de salud en Colombia y garantizar la atención de toda la población propone en la actualidad un Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS- como parte de una Política de Atención Integral en Salud –PAIS- de la cual mencionara sus aspectos más generales

para dejar un entendido de cómo esta nueva política es un avance y su implementación puede beneficiar a poblaciones víctimas del conflicto armado.

El Modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad(3) todo esto mediante la puesta en funcionamiento de las –RIAS- o Rutas integrales de Atención en Salud(12).

En consideración con el panorama de conflicto armado en Colombia, los datos existentes de víctimas reportados, las obligaciones de los sistemas de salud para garantizar la conservación de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida, requieren una atención especial y diferenciada al tratarse de la población víctima.

Se reconoce una situación compleja en la que las decisiones y quienes las toman pueden dar vida o aplazar a las diferentes formas de atención, novedosas y necesarias. Los gerentes y tomadores de decisión en el sector salud, un sector particular en su funcionamiento, financiación y administración tienen la responsabilidad de bajo un ciclo administrativo PHVA(13) de gestionar acciones que contribuyan a la mejora continua de las instituciones prestadoras de servicios en salud.

Responder a las exigencias de garantizar una atención integral en salud a las víctimas; hace parte de las responsabilidades generales de un gerente de los sistemas de salud. Cuáles son las dificultades que tiene los tomadores de decisión en el sector salud para implementar en sus instituciones una atención integral a la población víctima en el país. Los tomadores de decisión no incorporan a la víctima como gestión estratégica y gerencial, pese a la existencia de línea técnica y normativa vigente, aún existen vacíos en la implementación integral que afecta todo el sistema, y más aún a los usuarios víctimas del conflicto armado como son:

- a) **La territorialidad:** Los sistemas de salud y sus políticas tienen un papel muy importante en el desarrollo de las sociedades, según la Organización Mundial de la salud – OMS- “los sistemas de salud realizan sus principales actividades con el objetivo de promover, restablecer o mantener la salud en los habitantes de un territorio”. Teniendo en cuenta esta definición la responsabilidad de los sistemas

de salud en el mundo no solo se relaciona con la mejora de la salud de las personas sino la prevención, entre otras dificultades se encuentran las pérdidas financieras del costo de la enfermedad y la discapacidad, junto con la garantía de un trato dignificado (1). Para resumir, son tres las finalidades del sistema de salud a mencionar: mejorar la salud de la población a la que atiende, responder a las expectativas y necesidades de las personas; y ofrecer la protección contra los altos costos de no tener una buena salud.

- b) **Accesibilidad, sostenibilidad y calidad:** La -OPS- Organización Panamericana de Salud considera: “En Latinoamérica es muy frecuente que se les imponga a los sistemas de salud la obligatoriedad de ser accesibles, sostenibles y de calidad, además de ser proactivos y de muchas virtudes”(4).

Aunque bajo la lupa de la OMS algunos objetivos muy deseados como la accesibilidad son en la práctica real utilizados más como un medio que como un fin en sí mismo. Se entiende que cuando un sistema es más accesible, cada vez más personas lo utilizan para mejorar su salud y no debe ser entendido como un tema meramente de cobertura. Sin embargo, en la práctica se observa que los sistemas de salud no están funcionando como debería ser.

- c) **Cobertura:** Las personas y usuarios del sistema demuestran cada vez más descontento y rechazo ante la insuficiencia de los servicios de salud para brindar unos niveles de cobertura nacional que sea capaz de satisfacer las demandas y las nuevas exigencias, frente a la situación de que los servicios de salud no son acordes con sus expectativas (OMS, 2008). Las actuales crisis económicas y políticas exigen a los mecanismos institucionales y sus gerentes el desafío de garantizar el acceso a los servicios de salud, la prestación de los mismos y su financiación sostenible.
- d) **Enfoque morbicentrico:** La principal problemática del sistema de salud en Colombia se debe a que invierte mucho en atender la enfermedad y muy poco en prevenir, las enfermedades de alto costo se consumen los recursos y el tema de ver la salud como un negocio advierte a los gerentes que el objetivo es facturar y ser medidos con indicadores de rentabilidad propios de otros mercados diferentes al sector salud.
- e) **Participación e intersectorialidad:** La salud y garantizar su acceso para las personas víctimas del conflicto armado en Colombia es una problemática que

forma parte de su contexto social y por ende involucra la participación de múltiples sectores en especial a los sistemas de salud.

- f) **Enfoque diferencial:** Colombia es un país con un conflicto armado de más de 50 años, y que ha generado según los registros de la Unidad de Atención y Restitución a Víctimas –UARIV- existen en la actualidad más de 8.160.987 de víctimas que en su declaración manifestaron ser victimizadas por hechos en el marco del conflicto armado, de las cuales 6.412.949 son víctimas sujetas de atención y pueden acceder a las atenciones y reparaciones contenidas en la ley (). Se calcula además que en Colombia a la fecha de 2015 existían más de 3 millones de personas con discapacidad y según el Registro Único de Víctimas 191.152 ha sufrido algún hecho victimizantes dentro del marco del conflicto armado, esta información es ofrecida por el Sistema Nacional de Atención y Reparación de Víctimas que es parte de la Unidad para las Víctimas y que demás nos dice, que en nuestro país mientras tenemos un porcentaje de 6,3% a nivel nacional de personas con algún tipo de discapacidad, en el Registro Único 2,5 % de las víctimas reportan algún tipo de discapacidad (), estos datos se pueden interpretar como que en nuestra población, un porcentaje presenta discapacidad y que de ese porcentaje una parte además son víctimas del conflicto armado y ambas en ultima necesitan de una atención integral.
- g) **Enfoque determinantes:** Los determinantes sociales de salud son una forma de comprender los problemas que se encuentran en las sociedades en el mundo de fenómenos como la enfermedad, la discapacidad y la pobreza, entender que los factores sociales, culturales y económicos pueden incidir directamente en la salud de las poblaciones y su desarrollo social y cultural, es una herramienta metodológica y conceptual que permite realizar acciones intersectoriales en pro de mejoramiento de la salud y calidad de vida de las poblaciones, a pesar de que los determinantes se han considerado como un conjunto de factores, personales, sociales y ambientales que influyen en la salud, aun son pocos las acciones que se logran materializar en el campo de los practico y operativo de las sociedades, considerando que la atención primaria en salud una estrategia que considera los determinantes, aun sea algo utópico.

En línea con la anterior se puede afirmar que, en una sociedad con un conflicto armado prolongado en el tiempo, debe estar ser considerada como un determinante social que repercute en la salud de las personas cada vez que se observen fenómenos como la enfermedad, la muerte y la discapacidad asociados al conflicto armado, a los cuales el sistema de salud y sus gerentes deben dar respuesta.

3. JUSTIFICACIÓN

Los gerentes de los sistemas de salud al igual que otros actores en Colombia son tomadores de decisiones en cuanto a la atención integral de sus poblaciones a cargo, ya sean por los regímenes que atienden, por los compromisos adquiridos por contratos con sus EAPB, programas y planes nacionales etc.; el objetivo de los sistemas de salud es el promocionar la salud y prevenir la enfermedad de las poblaciones en sus territorios (14).

La salud es un derecho en Colombia para todas las personas y “se comprende como el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento, la rehabilitación y la promoción de la salud” (15) (MSPS). El Estado adopta políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

De conformidad con el “artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”, y es por esta razón que los gerentes están en la obligación y deben realizar acciones que garanticen una atención integral en las personas sin importar su condición social o económica(15).

Las víctimas en Colombia se encuentran amparadas bajo La Ley 1448 de 2011 con el nombre de “Ley de Víctimas” (16), en el artículo 3º se ubica la definición de víctima: “Se consideran víctimas, para los efectos de esta ley, aquellas personas que individual o

colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de Enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno”(17).

Esta ley y sus sentencias son un avance significativo para el reconocimiento de las responsabilidades del Estado en la atención integral de las personas consideradas víctimas y es un marco normativo del cual distintas organizaciones incluyendo los sistemas de salud deben ser usados como insumo para sustentar sus acciones como gerentes (18).

En Colombia, según el DANE³, en el Censo del 2005, de cada 100 colombianos 6,4% tienen una limitación permanente. De cada 100 personas con limitación, 43,5% tienen dificultades para ver. Otras 29,3% tienen limitaciones permanentes para caminar o moverse. Otros, 17,3% tienen limitaciones para oír, 14,7% para usar brazos y manos y 12,9% limitaciones permanentes para hablar, 12% permanentes para entender o aprender, 9,8% para relacionarse con los demás, 9,4% tienen limitaciones permanentes para su autocuidado y 18,8% presentan otro tipo de limitación permanente, y finalmente un 2,5% de personas con alguna discapacidad asociado al conflicto armado (19).

Las instituciones del sector salud deben contribuir al restablecimiento de derechos y el goce de bienestar; atenciones psicoterapeutas, manejos del estrés y salud mental acciones necesarias en la rehabilitación para mitigar secuelas de hechos victimizantes(20).

Es importante reconocer que el sistema de salud es una organización del Estado que trabaja por el mejoramiento de la salud en toda la población incluidos las personas con discapacidad y las víctimas del conflicto, en tiempos de postconflicto se viene el reto de las instituciones de salud de atender y garantizar la integralidad de todas las personas

³ Departamento Nacional de Estadística

víctimas del conflicto. Los gerentes en cabeza de los sistemas deben estar en la capacidad de entender el fenómeno resultante del conflicto armado y sus víctimas, así como poder planear, organizar, dirigir y controlar las actividades administrativas necesarias para cumplir con los objetivos de los sistemas de salud.

Por esta razón nace la necesidad de primero de explorar las dificultades que tienen los tomadores de decisión frente a la implementación de la atención integral en salud a las víctimas del conflicto armado, además de las dificultades externas al tomador de decisión contempladas anteriormente como la territorialidad, accesibilidad, sostenibilidad, calidad, cobertura, enfoque de morbilidad, participación e intersectorial, enfoque diferencial y de determinante. Segundo diseñar una encuesta de percepción de tomadores de decisión ya que desde la investigación no se encuentran instrumentos de valoración de la percepción en los específico al tema de la atención a población víctima.

Para el presente estudio se considera fundamental la manera como perciben⁴ los tomadores de decisión los aspectos normativos, jurídicos, procedimentales que tienen funciones coercitivas y de estricto cumplimiento de ley, como perciben la oportunidad de mejorar los sistemas de salud, hacia sistemas más justos y equitativos cerrando las brechas sociales en un camino hacia la libertad, la democracia y el cumplimiento de los derechos humanos; del mismo modo generar una oportunidad de en los gerentes de auto desarrollarse profesionalmente.

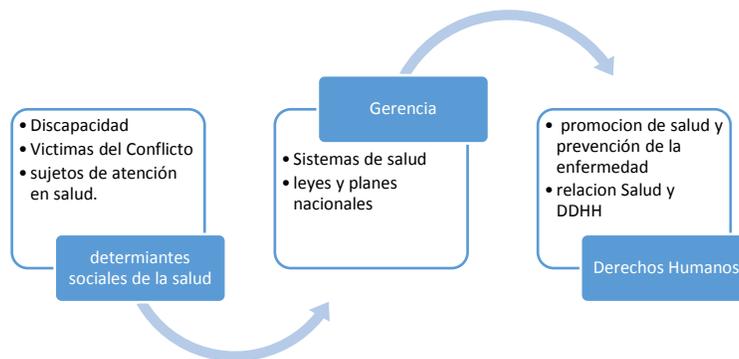
Se considera que diseñar una encuesta permitirá a futuro una comprensión sobre las actuaciones que en la actualidad realizan los tomadores decisión en salud frente a la atención de las víctimas del conflicto por los sistemas de salud, que una revisión sobre estos temas y analizarlo nos ofrecerá información sobre el conocimiento, oportunidades, amenazas, debilidades y fortalezas que se constituirán en una línea base para próximas

⁴entiéndase percepción como la construcción de sentido que puede ser razonado según criterios, conocimientos, variables investigativas entre otras, que implica algo de la disposición del tomador sobre la adopción, seguimiento, e implementación de acciones para la atención de poblaciones víctimas del conflicto.

intervenciones en el talento humano, aplicación de las normatividades, gestión estratégica para la atención de las poblaciones víctimas.

La encuesta nos permite una flexibilidad en cuanto a la validación estadística ya que lo se busca en responder a unos constructos realizados por expertos que no necesariamente cumplen con un rigor estadístico igual al de una evaluación o medición. Por último, el objetivo de la encuesta es generar un perfil de percepción de los tomadores de decisión en salud en cuanto a conocimiento, dirección estratégica, ciclo de la administración con relación a la atención de víctimas.

Ilustración 1 Relación Víctimas, Gerencia y Derechos Humanos



4. Objetivo General:

Describir la percepción de los tomadores de decisión en salud, frente a la atención integral de la población víctima del conflicto armado en Risaralda.

4.1 Objetivos Específicos:

- ψ Establecer el marco jurídico normativo vigente para la atención integral en salud de la población víctima del conflicto armado en Colombia.
- ψ Diseñar y validar un instrumento para explorar la percepción gerencial de los tomadores de decisión en salud, sobre la atención integral a población víctima del conflicto armado.
- ψ Explorar la percepción de los tomadores de decisión en salud en Risaralda, frente a la atención integral en salud de la población víctima.

5. MARCO TEÓRICO

En el presente marco teórico vamos a exponer las principales referencias bibliográficas definiciones y conceptos más actualizados relacionado con el objetivo de diseñar una encuesta para recoger la percepción de los tomadores de decisión en salud sobre la atención a las víctimas; conceptos como la encuestas como herramientas investigativas, conflicto armado, víctimas del conflicto, determinantes sociales de la salud, y derechos humanos será conceptualizados desde una visión gerencial de los sistemas de salud.

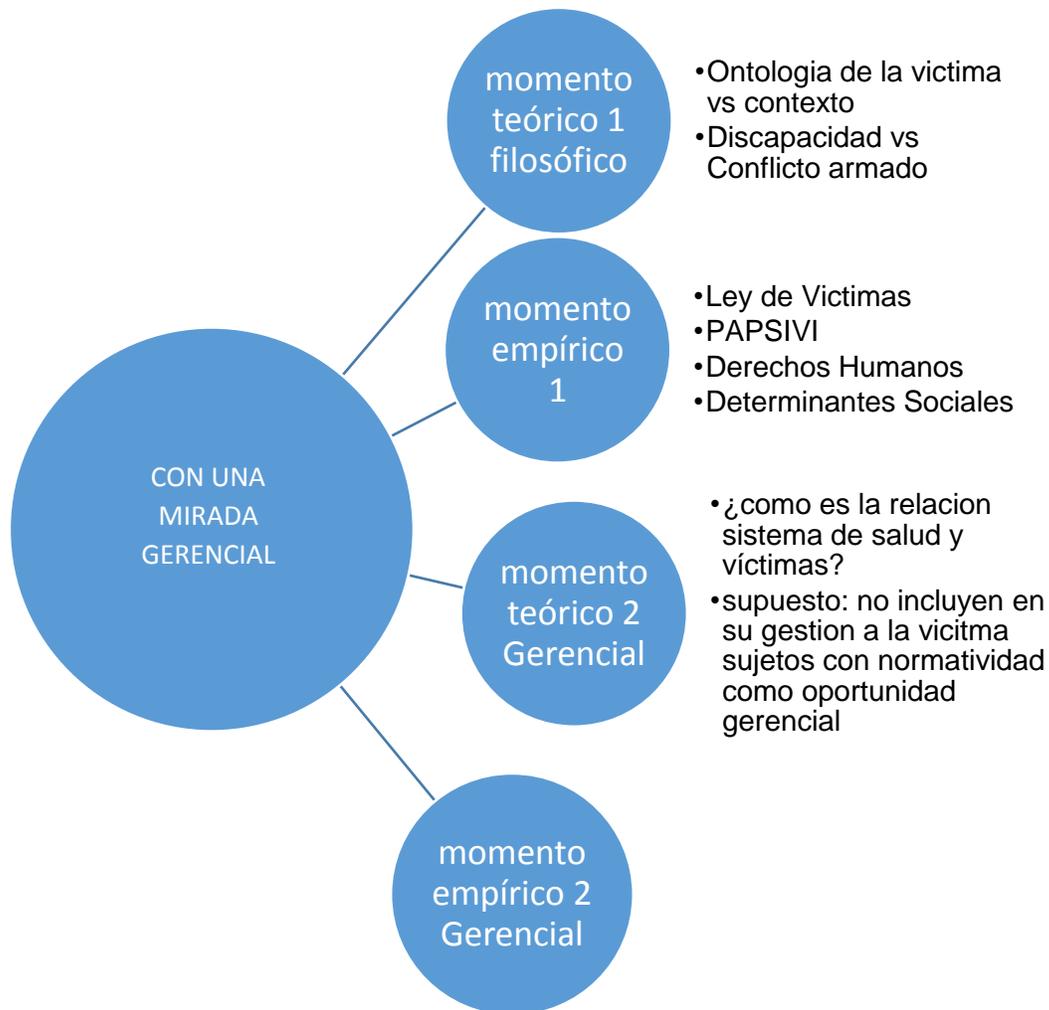


Ilustración 2 Ruta de investigación

5.1 Percepción Gerencial

La actividad cognitiva de la percepción, contribuye en la formación de la visión de cómo los tomadores de decisión en salud perciben la forma organizada, dirigida, planificada, y cómo las estrategias deben ser formuladas y puestas en marcha para responder adecuadamente a los requerimientos del entorno y a sus necesidades particulares (Peris et al., 2006; Zapata et al., 2008; Parnell, et al., 2012, Zapata y Hernández, 2014)(21). Constituye así la percepción:

“(…) un proceso cognitivo por medio del cual el individuo capta lo que ocurre a su alrededor, identifica figuras, las formas de los seres humanos y las características del entorno, encajando lo observado con lo que esperaría ver en una situación similar (...), con la percepción se interpreta y se entiende la información recibida a través de los sentidos, e implica la decodificación cerebral para encontrar algún significado a la información de forma tal de que se pueda operar con ella o almacenarla” (Banyard et al., 1995:14-15).

No sólo responde entonces a la consideración de factores externos y objetivos al individuo, sino también a la personalidad, a las características intrínsecas y predisposiciones mentales o simplificadores cognitivos del individuo; es decir, a la construcción previa en sus mentes de sesgos y mapas cognitivos. los esquemas mentales o mapas cognitivos permiten a los gerentes categorizar los eventos, evaluar sus consecuencias y considerar las acciones más adecuadas, constituyéndose en un producto de las interpretaciones de las experiencias que determinan sus percepciones(21).

Finalmente, con base en lo anterior para nuestra investigación entiéndase percepción como la construcción de sentido que puede ser razonado según criterios, conocimientos, variables externas e internas, que implica algo de la disposición del tomador sobre la adopción, seguimiento, e implementación de acciones para la atención de poblaciones víctimas del conflicto.

5.1 El conflicto armado como determinante social de la salud en Colombia.

El desarrollo de acciones en salud en el estado Colombiano, que comprenden el ejercicio de la integralidad bajo las perspectivas de la política de atención integral en salud (PAIS) (22) de la mano del nuevo modelo de atención integral en salud –MIAS- (3), son conciben desde la regulación de las resoluciones 0429 de 2016 (23), resolución 3202 de 2016 (23) que fundamenta la operación mediante 16 rutas integrales de atención en salud, que se pretende estén en sintonía con el plan decenal de salud pública 2012-2021 (24).

Los procesos de caracterización poblacional en salud, se muestran como un elemento orientador que se vale de estrategias como el Análisis Situacional Integral en Salud (ASIS) (25), donde conocer cuáles son las necesidades específicas de la salud para colombianos, según el tipo de población, es una necesidad de suma importancia. En este marco de procesos, el estado colombiano y su sistema de salud, no puede pasar por alto, la necesidad que se tiene de comprender, cómo la guerra, el conflicto armado, las distintas formas de violencia, se consolidan como un determinante social de la salud y el bienestar integral de los conciudadanos.

La población víctima del conflicto armado y de otros hechos victimizantes, debe ocupar el interés específico de todos los miembros del sistema de salud colombiano, por cuanto como población, requieren una serie de procesos de atención integral en salud, que comprendan las condiciones mismas de la incidencia de factores desfavorables en salud y la relación de eso con el hecho de haber sido partícipes de los contexto de guerra, con diferentes condicionantes de hechos victimizantes, de amplio impacto subjetivo, en fenómenos de dolor y sobrellevamiento de historias que inciden en la noción integral de la salud a nivel de bienestar bio-psico-social.

Para Colombia, son más de ocho (8) millones seiscientos cincuenta mil (650) personas caracterizadas en calidad de víctimas en el registro único de víctimas (RUV), según los datos ofrecidos por la unidad de atención y reparación integral a víctimas UARIV (26). Hombres, mujeres y niños, personas de proveniencia rural en su mayoría, con discapacidades, pertenecientes a diferentes grupos étnicos, orientaciones sexuales diversas, y niveles socio-económicos y educativos que usualmente encuentran la

necesidad de ser atendidos por el sector salud, requiriendo de los niveles asistenciales del mismo, cierto nivel de sensibilidad, pero en particular, exigiendo de los tomadores de decisión como gobernantes o niveles gerenciales en salud, la puesta en marcha de acciones que realmente respondan a las necesidades de los mismos.

Un conflicto armado que, durante más de 50 años, genera una serie de elementos importantes de vulnerabilidad psicosocial en la población toda, mediada por la confrontación entre grupos de izquierda y de derecha organizados al margen de la ley, algunos de ellos aún hoy vigentes o mutados en calidad de bandas criminales.

Víctimas directas e indirectas de las peores formas de violencia y hechos victimizantes, donde las mismas han generado huellas importantes de dolor y sufrimiento; generaciones marcadas por la ausencia, el traumatismo, el impacto subjetivo, la discapacidad generada por minas antipersonales, el trastorno mental, y otra serie de elementos de amplio interés al momento de comprender que la salud no solamente es la ausencia de la enfermedad, sino el completo estado de armonización entre lo bio-psico-social.

El ministerio de salud y protección social (MSPS) en Colombia, ha comprendido que parte de su accionar debe estar orientado al desarrollo de estrategias y planes de intervención que comprendan la incidencia de la guerra en el ámbito de la salud pública (27). Organizar las condiciones por medio de las cuales, se logre la articulación intersectorial, y transectorial de la salud, con el fortalecimiento de redes de actores de diferente nivel, que impacten favorablemente el desarrollo de política pública en salud, que a su vez asuma una posición verdaderamente impactante frente a la población víctima y sus necesidades específicas en salud, bajo lineamientos de enfoque psicosocial, diferencial, y con énfasis en la aproximación necesaria de comprender cómo la guerra impacta, según la evidencia científica, la salud mental de los sobrevivientes a hechos traumáticos y victimizantes.

La capacidad gerencial de los tomadores de decisión en salud, de los *gerentes de sistemas de salud*, se ve exhortada a generar aproximaciones comprensivas frente al fenómeno de la violencia, de la guerra, los determinantes sociales de la salud, y las poblaciones víctimas que requieren ser atendidas bajo modalidades de atención diferenciada e integral.

Tienen los tomadores de decisión en salud, una responsabilidad impostergable de pensar, liderar y proponer alternativas para que la atención en materia de procesos de promoción de estilos de vida saludable, prevención de enfermedades, atención diagnóstica integral, pronósticos, y tratamientos, sean verdaderamente comprensivos frente al fenómeno de los hechos victimizantes y la naturaleza derivada de este tipo de experiencias a nivel del impacto subjetivo en salud.

Son los *gerentes en sistemas de salud*, los principales convocados a revisar los procesos como el Programa de Atención Psicosocial y en Salud Integral (28) (PAPSIVI) diseñados por el MSPS de Colombia, con herramientas basadas en la evidencia y alta rigurosidad técnica y metodológica como lo propuesto desde el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial (27).

Las acciones de atención integral que implican una articulación armónica entre Direcciones Territoriales de Salud (DTS), Direcciones Locales de Salud (DLS), Empresas Sociales del Estado (ESE), Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud (IPS) y las Entidades Aseguradoras del Plan de Beneficios (EAPB), lugares donde los líderes gerenciales comunes tienen responsabilidades de gerenciar acciones en pro de la población atendida.

5.2 Panorámica general del Sistema de Salud Colombiano.

Los servicios de salud son el resultado de las necesidades de una población para que sean atendidas en procesos como la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, mejorar la salud que se encuentre deteriorada y rehabilitar aquellas personas que tengan condiciones de salud incapacitantes que se convierten en aspectos importantes de intervenir con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población

“el sistema de seguridad social en salud: tiene como objetivo favorecer el servicio público que es esencial en la salud y propiciar un real acceso a los servicios de salud a todo nivel. En el caso colombiano la definición del sistema se basa en principios rectores como la universalidad, eficiencia y solidaridad.

El principio de universalidad en la Ley 100 del 1993, presupone que todas las personas en Colombia deben estar afiliados al sistema general de seguridad social en salud, entre estos, las comunidades con discapacidad, la cobertura universal implica que las personas afiliadas puedan acceder como un derecho a los planes obligatorios de salud que se implementen para la población con una atención integral con actividades de promoción y prevención de la salud, educación, información, tratamiento y rehabilitación, como también la entrega y provisión de los medicamentos esenciales en su presentación genérica para cada uno de los servicios y niveles de complejidad.

El sistema de salud en Colombia plantea un sistema de salud con dos regímenes el contributivo y el subsidiado (29) : “en el contributivo se encuentran las personas que tiene un trabajo estable que le permite cotizar al Estado y el subsidiado los pobres. Para poder estratificar la población fue necesario aplicar una encuesta nacional (...) que permitió la clasificación socioeconómica de las familias encuestadas considerando las de estrato 1 y 2 como las beneficiarias principales para que sean afiliadas a una entidad promotora de salud donde recibirán los servicios de salud.”

La utilización de los servicios necesita de una estructura que considere factores como la oferta de servicios, niveles de complejidad y demanda de la comunidad que en ocasiones puede facilitar o inhibir el alcance o goce de su derecho de acceder al sistema se alcanzada y como esta puede verse afectada. La estructura conceptual utiliza una perspectiva sistémica en el cual confluyen muchos variables individuales, contextuales, ambientales que se relacionan con el proveedor de los servicios en salud.

Los aspectos que se relacionan con el uso y acceso a los servicios de salud son necesarios para medir e identificar la satisfacción de los usuarios del sistema y poder de esta forma utilizar esa información en la formulación de políticas, planes y programas que permitan una apropiada utilización de los servicios, con el único objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas; para la comunidad en situación de discapacidad en Colombia se define como el resultado de interacciones complejas que se da entre las personas con una condición de salud física , intelectuales o mentales y su ambiente social y físico que forman parte del contexto en que viven las personas.

El concepto que se maneja en Colombia respecto a la rehabilitación integral, establece la visión multidimensional y biopsicosocial de las personas con discapacidad, lo que implica la provisión continua y coherente de acciones dirigidas al individuo, a su familia y a su comunidad, desarrolladas en corresponsabilidad por los diferentes sectores: salud, educación, trabajo, cultura, recreación y deportes, comunicaciones y transporte, entre otros, con el objeto de facilitar la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación e inclusión social de la población.

Desde la perspectiva relacional entre las poblaciones y los servicios en salud, se ha demostrado que no basta con la sola existencia u oferta de tales servicios y lo concreto de las necesidades y demandas en salud, esto por si solos no garantizan la interacción real que debe establecerse para que el sistema de salud y sus servicios cumplan con los objetivos misionales, para que la población resuelva sus situaciones de salud.

La accesibilidad es una de las características del sistema general de seguridad social en Colombia, que a la hora de una revisión bibliográfica presenta términos como *acceso* y *accesibilidad* son usados de la misma manera al igual que utilización y cobertura para hablar del uso de los servicios en salud. El acceso a los servicios en salud resulta ser un fenómeno muy complejo donde se presentan situaciones particulares que van desde el momento en que la persona tiene la necesidad de una atención médica, hasta cuando se inicia o se le da continuidad al uso de los servicios (9)

Los sistemas de salud tienen éxito en su función cuando la población se encuentra sin enfermedades o en caso de enfermarse, tienen el acceso a los servicios básicos de salud que sean de acuerdo a la necesidad particular, siguiendo el tratamiento-rehabilitación o limitación del daño- y cuando estas se sienten dichosos y a gusto con los servicios que mejoran su calidad de vida y su nivel de salud.

Los niveles de salud están condicionados por los determinantes sociales de la salud (DSS) que se definen como “aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales, contextuales y ambientales afectan la salud de las personas” (30) estos de terminantes sociales de la salud encierran las rasgos individuales de cada contexto social, por las cuales estas condiciones en que las personas viven y trabajan influyen en efectos positivos o negativos sobre la salud.

Los DSS, incluyendo en estos al sistema de salud generan grandes diferencias en las poblaciones sobre su nivel de salud que se convierten en inequidades. El termino inequidad considera que “las desigualdades en el acceso a los servicios en salud son injustas y además evitables, lo que quiere decir que pueden ser prevenidas y corregidas” (31).

En salud la equidad va camino a que las personas obtengan la misma oportunidad de obtener el máximo potencial en salud sin que estos se encuentren en desventaja para lograrlo. Para que la equidad en salud pueda lograr que todos tengamos las mismas oportunidades, es necesario que exista un acceso a la atención en salud que sea acorde con las necesidades independientemente de las capacidades de pago.

5.3 Revisión global del marco jurídico y normativo en salud

5.3.1 Ley 1448 de 2011, también conocida como ley de víctimas

La propuesta de análisis que aquí se propone, de la ley en mención, se establece con énfasis especial en la revisión y mención de apartados específicos que tienen que ver con el componente de salud, es decir, en las acciones que la misma dispone en materia jurídica en el marco de las acciones a nivel de la atención integral en salud ante la población víctima, y que se traduce en medidas de estricto cumplimiento por parte de todos los actores en salud.

El desarrollo jurídico allí consignado, establece un conjunto de medidas judiciales, administrativas, sociales, económicas, individuales, colectivas en beneficio de las personas consideradas víctimas por el aparato normativo instaurado en el art. 3 de la ley aquí mencionada. Una persona ante el estado colombiano, se considera víctima sujeta a atención en la implementación del marco normativo presente, sí sufre algún tipo de daño en individual o colectivo por infracción del derecho internacional humanitario (DIH) a partir de 01 enero 1985, o daños de distinta índole ocasionados por el conflicto armado interno.

Se reconoce además en calidad de víctima, al grupo familiar en primer grado de consanguinidad, y al cónyuge de la persona víctima (16). Las personas víctimas miembros de las Fuerzas Militares y/o de Policía recibirán atención e indemnización

según sus regímenes y tienen derecho a medidas de satisfacción y garantías de no repetición.

Los miembros de grupos armados ilegales organizados, **No** son considerados en calidad de víctimas, salvo en el caso de NNA desvinculados. En el caso de los grupos familiares de los excombatientes de los grupos armados organizados ilegales, serán asumidos en calidad de víctimas directas por el daño frente a sus derechos. No son considerados en calidad de víctimas, personas que hayan sufrido daños de cualquier tipo derivado de acciones de delincuencia común.

Fundamenta la reflexión jurídica la ley 1448 de 2011 en una serie de principios específicos, como lo son: a. principio de dignidad, b. principio de buena fe –amparado constitucionalmente por la constitución política de Colombia -CPC 1991- (32), c. principio de igualdad, d. garantía del debido proceso, e. justicia transicional.

Toda medida de atención, asistencia y reparación pensada en el marco de la presente ley, pretende contribuir a la disminución del sufrimiento de la persona caracterizada en calidad de víctima, no obstante, NO es garantía de reconocimiento por parte del Estado, de ninguna forma de responsabilidad del mismo frente a hechos victimizantes, por ende, ninguna autoridad judicial podrá proceder en contra del Estado toda vez se haya establecido declaración de víctima.

El ejercicio de la atención integral a la población víctima, reconoce, en el marco de la salud, una serie de elementos de estricto cumplimiento, que implica la presencia de personal de la salud especializado, entre ellos médico y psicólogo, que permita el abordaje integral de los elementos en materia de salud que implican la atención integral de la misma. Así también, dispone de una serie de acciones específicas de articulación para todo el sector salud en materia de dicha atención integral en salud ante la población víctima del conflicto armado en materia de asistencia de emergencia.

Propone en materia de salud, desde el Título III:

1. Capítulo II, artículo 52 “Medidas en materia de Salud”: Garantía en cobertura total por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con toda subsidiaridad por parte del Estado, salvo en casos donde la víctima demuestre capacidad de aporte al régimen contributivo.

2. Capítulo II, artículo 53 “Atención de Emergencia en Salud”: Toda entidad prestadora de servicios en salud, tiene la obligación de prestar sus servicios a la población víctima atendida de emergencia, independientemente de su capacidad de pago, sin exigencia previa de ninguna índole
3. Capítulo II, artículo 54 “Servicios de asistencia en salud”: a. Hospitalización., b. material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, conforme con criterios técnicos que fije el Ministerio de Protección Social. Medicamento, c. Honorarios Médicos, d. Servicios de apoyo tales como bancos de sangre, laboratorios, diagnósticas, e. transporte, f. Examen del VIH sida y de ETS, en los casos en que la persona haya sido víctima de acceso carnal violento, servicios de interrupción voluntaria de: embarazo en los casos permitidos por jurisprudencia de la Corte Constitucional, con absoluto respeto de voluntad de la víctima, g. Atención en derechos sexuales para las mujeres víctimas.
4. Capítulo II, artículo 55 “Remisiones”: Establece el énfasis en el trabajo articulado del sector salud frente a la atención integral de la población víctima y la prestación de los servicios.
5. Capítulo II, artículo 56 “Pólizas de salud”
6. Capítulo II, artículo 57 “Evaluación y control”: Describe procesos de auditoría frente a la prestación integral del servicio en salud a la población víctima.

Establece la ley, así mismo, una serie de medidas de atención para la reparación de derechos y restitución de tierras, que por razones del interés específico del investigador no serán tenidas en consideración en el presente apartado. Continúa, en materia del análisis de dicho constructo normativo en perspectiva de salud, haciéndose mención al **capítulo VIII “Medidas de rehabilitación”**, comprendida como una medida de reparación a las víctimas, entendiéndose la rehabilitación de manera integral e integrada, en una serie de estrategias y acciones de intervención biopsicosocial en favor de la población víctima.

1. Artículo 135, Rehabilitación: Pretende el restablecimiento de condiciones físicas, sociales y psicológicas de la población víctima bajo acciones de intervención intencionadas.

2. Artículo 136: Instauro obligatoriedad del programa de rehabilitación psicosocial y en salud de obligatorio cumplimiento por parte del Estado y en paralelo a la reparación individual y colectiva de las víctimas, fundamentado en principios de acompañamiento integral, con enfoque no solo individual sino familiar y comunitario, y en perspectiva de enfoque diferenciales y de género.
3. Artículo 137: Instauro Programa de Atención Psicosocial y de Atención Integral a Víctimas PAPSIVI bajo principios de proactividad, atención individual, familiar y comunitaria, gratuidad, atención preferencial, con condiciones a juicio de los profesionales que intervienen según duración y e ingreso. Así mismo, dicho artículo de la presente ley, propone un componente de intervención interdisciplinaria en equipos médicos, psicológicos y sociales, con el fin de promover integralidad al momento de la intervención. Los costos-gastos de estas atenciones, según lo dispuesto en dicho artículo, serán atendidos desde la cuenta de FOSYGA, subcuenta ECA.
4. Artículo 138, “Estructura, funciones y operatividad del PAPSIVI”: esclarece regulaciones que el gobierno nacional tiene por responsabilidad, frente al funcionamiento del programa.

En esta misma línea a la ley 1448, se instauro la resolución ministerial 0888 de 2012 (33), resolución instaurada por el MSPS que con la que se crea el comité institucional para la salud y la protección social de la población víctima del conflicto armado en el país, buscando una atención integral en salud, implementado enfoque diferencial para el desarrollo de planes y estrategias de intervención integral.

El ministerio de salud resuelve a través de la presente resolución la creación de dicho comité con el fin de coordinar el diseño, de planes y estrategias de intervención integral en salud de la población víctima del conflicto armado. Demuestra así mismo, dicha resolución, la necesidad de establecer trabajo integrado desde las diferentes áreas funcionales del ministerio de salud, siendo el comité integrado, liderado directamente por el despacho del Ministro.

Entre otras palabras, de este comité depende:

- ψ Generar recomendaciones y/o diseño de políticas para la atención integral de la población víctima.
- ψ Diseñar y establecer lineamiento técnico para presentar ante comités nacionales e internacionales en el tema “salud y víctimas” del conflicto armado.
- ψ Efectuar acciones de seguimiento a los compromisos adquiridos por cada despacho de salud ministerial, frente al tema en curso.

Concluye la resolución con la presentación de algunas otras disposiciones administrativas generales frente al tema en curso. Esta misma resolución se encuentra en sintonía con la reglamentación de la ley 1448 de 2011 y del decreto 4800 de 2011 (34). Este último define al PAPSIVI como: “el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial de las personas víctimas del conflicto armado”.

Por su parte, la resolución ministerial 1050 de 2016 (28), por medio de la cual, se establecen acciones de orden financiero en materia de criterios para la asignación de recursos, y se regulan procesos en beneficio de la implementación de los programas tipo PAPSIVI que atiende integralmente a la población víctima del conflicto armado en el país, asumiendo que dicho programa del orden nacional, requiere poner en marcha acciones de intervención para la rehabilitación integral y las medidas de asistencia integral para dicho grupo poblacional.

Dentro de los criterios específicos para el ejercicio antes mencionado en materia de asignación de recursos para las entidades territoriales, se encuentra:

- Priorización de departamentos con mayor número de personas caracterizadas en condición de víctimas desde la UARIV a través del Registro Único de Víctimas RUV.
- Ejecución efectiva de recursos asignados por el Ministerio.
- Departamentos priorizados en materia de escenarios para el postconflicto.

Consciente de la necesidad de establecer una línea técnica específica frente a este proceso de atención integral en salud ante la población víctima del conflicto armado, el MSPS realiza en compañía de expertos temáticos e investigativos, el “Protocolo de

atención integral en salud a población víctima del conflicto” (27). Dicho protocolo se fundamenta en investigación, principios y enfoques que serán descritos a continuación.

Así mismo, en dicho protocolo, se establecen una serie de acciones de reflexión técnica basada en la evidencia de equipos multidisciplinarios en salud (EMS) que permiten la reconceptualización investigativa la revisión sistemática de literatura en diferentes medios como bases de publicaciones científicas indexadas en el campo de la salud, literatura gris, y otras fuentes investigativas. Cuenta, además, con validación en fuentes de expertos, para la consolidación de un instrumento que oriente la práctica asistencial en salud ante la población víctima del conflicto armado en el país.

Coordenadas de atención integral en salud para la población víctima del conflicto armado, que, a su vez, buscan estar en sintonía con el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) (3), y enfoques específicos para la atención a fines a dichos modelos. Se convierte la gestión integral de la salud con calidad, en sintonía con la apuesta de Avedis Donabedian (27) por pensar que la atención de calidad es uno de los objetivos trazadores de cualquier sistema de salud, aún más en aquellos que establecen procesos de atención integral bajo vulnerabilidad diferenciada. De igual manera, uno de los aspectos fundamentales al pensar en la atención en salud para población víctima, un especial énfasis en las condiciones favorecedoras de la atención psicosocial con enfoque de salud mental, dadas las necesidades caracterizadas con la población víctima.

De la misma manera, en este instrumento asistencia en salud, se entiende por atención integral en salud desde el PAPSIVI, las actividades esenciales para satisfacer las necesidades de la salud en la población víctima, que a su vez implica una serie de acciones articuladas de gobernanza y abogacía desde las direcciones territoriales de salud, de prestación de servicios entre Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y articulación con las Entidades Aseguradoras del Plan de Beneficios en Salud (EAPB).

Las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad-trastorno, atención diagnóstica, tratamiento, rehabilitación y hasta cuidados paliativos, hacen parte del conglomerado del proceso sistémico con el cual se comprende la integralidad de la salud como fenómeno que requiere de atención integral.

En esta línea previamente descrita, enmarcada desde el PAPSIVI, se instaura la reflexión sobre la necesidad de diseñar un protocolo de atención integral en salud con enfoque

psicosocial. El mismo, procura responder a la pregunta del “cómo” se atiende y articulan acciones favorecedoras en salud ante las necesidades específicas de la salud de la población víctima caracterizada por las entidades correspondientes, que residen en el territorio nacional.

Según las cifras de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a Víctimas (UARIV), son más de 8 millones de víctimas, pertenecientes a diferentes grupos poblacionales, con necesidades específicas en salud de distinta índole, trastornos mentales, discapacidades, necesidades de atención por ciclo de edad, entre otros.

El protocolo del cual se hace mención en este espacio, tiene por objetivo desarrollar una serie de indicaciones basadas en la evidencia científica que permitan la orientación de acciones de intervención en salud, entendiendo la integralidad de la misma, con el conocimiento de las condiciones puntuales de la población víctima en Colombia. Se convierte, además, en la posibilidad de generar un derrotero de coordenadas para el desarrollo de procesos a nivel de talento humano en salud que se dispone para la atención a nivel interdisciplinaria de dicha población.

En materia de la noción de hechos victimizantes, propone que los mismos son acciones conducentes a (1):

- Desplazamiento forzado
- Homicidio
- Amenaza
- Desaparición forzada
- Acto terrorista
- Abandono o despojo de tierras
- Delitos contra la libertad e integridad sexual
- Secuestro
- Tortura
- Accidentes por minas antipersona, municiones sin explotar o artefactos explosivos improvisados.
- Reclutamiento forzado

El protocolo establece una serie de momentos asumidos mediante 4 títulos donde se instaura una serie de coordenadas a seguir para la implementación del mismo, amparado bajo una serie de principios fundamentales, uno de ellos, que el mismo si bien es un protocolo de salud, no debe entenderse como una “guía de práctica clínica”, sino más bien, como una serie de estrategias a desarrollar mediante la implementación de un

enfoque diferencial con énfasis psicosocial, que puede servir también, como elementos orientadores a la comprensión global de la relación entre salud y conflicto armado en materia de lo asistencial, particularmente en cuanto a la responsabilidad que se tiene por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud (IPS) y las empresas aseguradoras del plan de beneficios (EAPB).

En materia del marco contextual, contemplado en el título II del protocolo, se explicita por parte del comité técnico, que el mismo se encuentra en sintonía directa con el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), la política de atención integral en salud (PAIS) y el modelo de atención integral en salud (MIAS). Los mismos, establecen sus aportes orientadores a nivel conceptual sobre el fenómeno de la salud y responden a la iniciativa normativa contemplada en la ley estatutaria de salud 1751/2015 con el interés de pensar la salud como un derecho fundamental de toda la población Colombiana, en particular a aquellos atendidos bajo enfoque diferencial debido a su grado de vulnerabilidad psicosocial, en este caso a la población víctima del conflicto armado en el país, y otros tipos de víctimas por los previamente descritos hechos victimizantes.

Lo anterior implica la acentuación expuesta por parte de la ley de víctimas en el componente de salud, en materia de pensar que el modelo de atención integral en salud asume la Atención Primaria en Salud como una estrategia de intervención transversal a todo el fenómeno de la salud, que así mismo, dicho proceso de atención integral tiene como principios o bloques constituidos: a. La persona, la familia, la comunidad y sus entornos; b. los servicios de salud, c. la acción intersectorial – transectorial de la salud, d. la participación social de la ciudadanía en salud (35).

La reparación integral a las víctimas comprendida desde la implementación de acciones en salud bajo la óptica del protocolo, implica la comprensión de elementos de atención integral desde la articulación PAPSIVI-MIAS-RIAS.

Esta reparación integral, como se ha mencionado en otro espacio, comprende en esencia una serie de momentos importantes a tener en consideración para la atención de las víctimas, a saber: a. la restitución, b. la indemnización, c. la rehabilitación, d. la satisfacción, e. las medidas de no repetición.

Lo aquí descrito implica el reconocimiento de que estas medidas no solo traducen una apuesta por la intervención social, jurídica y/o económica, sino que busca comprender las acciones que se disponen a nivel psicológico, donde la noción de bienestar no es claramente explícita aún, donde se requiere asumir que la rehabilitación psicosocial, es una consecuencia de la resignificación de los hechos traumáticos, que a su vez se traducen en la apertura a procesos no solo psicosociales sino clínicos en materia de salud mental.

El enfoque psicosocial es presentado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) como una de las líneas que fundamenta conceptual y estratégicamente la intervención con la población víctima.

Genera una reflexión sobre las condiciones de intervención ante las situaciones de crisis donde los ejes interdisciplinarios hacen parte del proceso orientador de las atenciones y acciones intersectoriales articuladas que pretenden generar una apreciación integral para la atención en salud bajo la perspectiva de acompañamiento a una población que sufre o ha sufrido las secuelas de violencias políticas, armadas, en el marco de una serie de otros determinantes sociales de la salud.

El PAPSIVI en línea con el enfoque psicosocial, y la implementación del protocolo del cual aquí se escribe, tiene en esencia, el interés de generar procesos de intervención integrales que sean asumidos como una forma de contribuir a la reparación integral de la población víctima, comprendiendo las necesidades que las mismas tienen en virtud de los efectos que el hecho victimizante ha tenido en su dignidad personal, familiar y comunitaria; poniendo de base al menos 6 principios fundamentales:

- Asumir la naturaleza propia del dolor subjetivo y sus significados, que presenta una persona que ha sufrido un hecho victimizante.
- Considerar que la persona – comunidad víctima, presenta no solo hechos de sufrimiento y dolor, sino, además, que existen factores históricos, personales, psicológicos individuales y/o familiares-comunitarios, que pueden contribuir a la resignificación de hechos traumáticos.

- Pensar que todas las personas tienen por principio psicológico fundamental, capacidad de empatía y reconocimiento de lo que puede implicar el hecho de sufrir un acontecimiento traumático derivado de un hecho victimizante, independientemente de su nivel de formación académica o campo disciplinar.
- La naturaleza misma del dolor, implica el reconocimiento del mismo en calidad subjetiva. Es decir, existen diferentes formas e intensidades con las cuales se significa el hecho victimizante, dependiendo de la historia establecida por la persona y la comunidad.
- El paso por el dolor, es una forma de hacerle frente al mismo. La transición y la historización, requieren del acompañamiento para la resignificación, y es en dicho componente que el enfoque psicosocial de quien interviene debe estar advertido. Toda acción de intervención con población víctima, sea en el ámbito de la salud física o mental, social o jurídica, requiere altas dosis de empatía por parte de quien interviene.
- Representar para resignificar. Todo hecho de transformación del dolor, implica necesariamente, la posibilidad de construir otros significados con el mismo, que sean más llevaderos para la persona víctima del conflicto armado.

En esta misma sintonía de reconocimiento de acciones a partir de las cuales se interviene, desde el protocolo de atención, también se hace necesario contar con el enfoque diferencial, el cual se presenta en calidad de método de análisis, que comprende la realidad diversa de las características poblacionales, de donde proviene la persona víctima y/o su comunidad y familia.

El enfoque diferencial, que comprende variables como raza, etnia, género, proveniencia rural-urbana, ciclo vital, entre otros, también se encuentra en directa consonancia con el ***enfoque de derechos***, que reconoce la dignidad misma del ser humano, amparada bajo el derecho internacional humanitario (DIH), que reconoce a su vez, que los derechos humanos son universales, interdependientes, indivisibles, progresivos, irrenunciables (27).

El Estado Colombiano, en materia de su constitución política de 1991 (32) (CPC), insta la responsabilidad de propender por la consolidación de la paz (artículo 22 CPC). En tal medida, las acciones que conduzcan a la atención integral de las poblaciones víctimas del conflicto armado y otras formas de victimización, hacen parte de una apuesta por consolidar la paz y obrar no solamente dentro del parangón normativo constitucional de la paz, sino, además, de comprender que la garantía de derechos para las acciones que redunden en bienestar y justicia, como la salud digna, hacen parte de la construcción de paz en el país.

En palabras del equipo técnico elaborador del protocolo PAPSIVI: **“En tal sentido, el espíritu del Papsivi es contribuir a la vigencia y goce de los derechos a la vida, salud, igualdad, libertad, honra, participación y a la paz, entre otros derechos fundamentales consagrados en la Carta Constitucional y actualizados por la voluntad política y social de reconocer los efectos y daños directos del conflicto armado interno, en un amplio sector de la población”** (27)

El protocolo de atención en salud, trae así mismo a colación, la iniciativa de implementar acciones éticas, desde las cuales, poder estar advertidos de aquello que implica el proceder de intervención frente a una población con un grado de vulnerabilidad psicosocial alto, como aquella representada en la población víctima.

El **enfoque de acción sin daño**, se une a la serie de coordenadas de intervención desde las cuales, se pretende minimizar cualquier tipo de efecto nocivo al momento de intervenir, sea a nivel individual, familiar, grupal o comunitario.

No solo se trata de reconocer las acciones del hecho victimizante y sus consecuencias a nivel de la salud física, psicológica, y social, sino, además, de intervenir sin riesgo de re-victimizar. Se fundamenta en un principio ético esencial en el campo de la salud, y es justamente en el principio hipocrático de *primum non nocere* “primero no hacer daño”.

El proceso de la atención en salud mental para la población víctima del conflicto armado, cumple un elemento fundamental, transversal a lo largo de todo el proceso, y requiere ser comprendido bajo una lógica articulada desde la cual hacerle frente a las posibilidades de atención integral, donde responda de manera articulada la política de atención integral en salud (PAIS), el modelo de atención integral en salud (MIAS) y las rutas de atención integral en salud (RIAS). Cabe la pena recordar que, para el departamento de Risaralda, según la caracterización establecida por la Unidad existen más de cien mil personas víctimas, 100.188 registradas según fuentes oficiales, de las cuales 97.486 son víctimas directas derivadas del conflicto armado.



Imagen 1. Víctimas registradas para el departamento de Risaralda-Colombia, un departamento con cerca de un (1) millón de habitantes.

Fuente: Unidad de atención y reparación integral a víctimas. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>

En esta misma línea, se propone desde el protocolo presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2017) que la salud mental en materia de la atención integral a víctimas, presente unos ciertos niveles de atención asumiendo que el enfoque psicosocial acompaña todas las líneas de intervención, comprendidos de la siguiente manera:

1. Intervención de baja intensidad: Atención psicosocial individual, familiar, comunitaria
2. Intervención de mediana intensidad: Intervención focal psicológica moderada de mediana complejidad.
3. Intervenciones de alta intensidad: Atención psicoterapéutica especializada.



Imagen 2.

Niveles de intervención en proceso de atención integral a nivel psicosocial a víctimas.

Fuente: Protocolo de intervención MSPS 2017

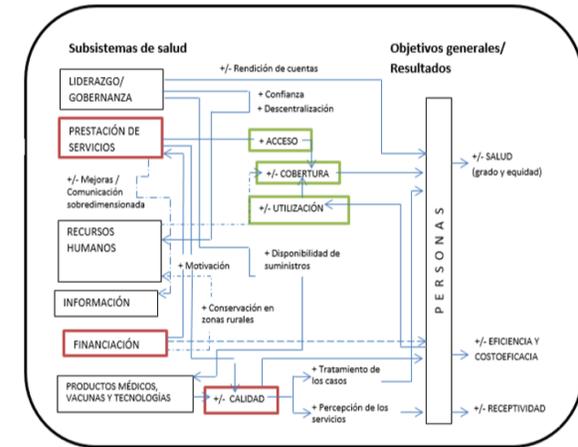
Los ejercicios de trabajo articulado, intersectorial, transectorial, se hacen absolutamente necesarios, en el marco de los procesos de atención integral a la población víctima del conflicto y otros hechos victimizantes, donde los referentes del sector salud, tomadores de decisión público-privado, asuman una lógica de atención favorecedora ante dicha población con un perfil de vulnerabilidad psicosocial mediado por la guerra y el hecho traumático, entendidos como un factor determinante social de la salud y el bienestar de las personas, las familias, las comunidades, y en general de los entornos sociales.

El protocolo establece una fundamentación técnica que pretende pensar de manera holística, integral, sistémica, las formas desde las cuales posibilitar acceso a servicios de salud integral a la población víctima del conflicto armado en el país, asumiendo una posición ética que comprende la multi-dimensionalidad del fenómeno del conflicto armado, centrado en la persona víctima. La calidad de la atención en salud se asume como un eje central a la cual están convocados todos los profesionales que intervienen en las diferentes fases del proceso de atención.

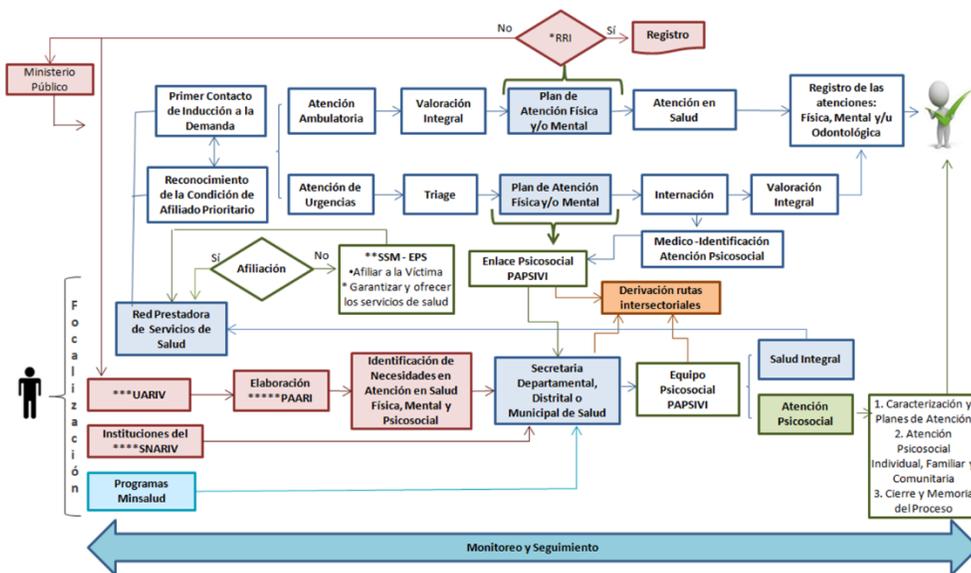
Asumir la integralidad del modelo de atención en salud (MIAS) implica, además, hacer énfasis en elementos específicos de la salud entendida bajo una perspectiva sistémica, integral, integrada, con actores y procesos intencionados. El proceso de atención integral

en salud, asume bajo la perspectiva del sistema de salud, una apuesta por identificar y cumplir cabalmente con los roles, tareas, y estrategias de trabajo conjunto en favor de la población víctima del país.

Imagen 3. Problema de salud entendido bajo una perspectiva sistémica para Colombia. Fuente: Protocolo de intervención integral en salud a población víctima del conflicto armado MSPS (2017).



6 Ilustración 3 RUTA PAPSIVI



6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de corte cualitativo, descriptivo transversal, el cual se desarrollará en el Departamento de Risaralda, en la red de prestadores de servicios de salud pública y privada.

6.2 Población

La selección de los municipios se hará con el criterio de mayor afectación del conflicto armado. Se aplicará un instrumento diseñado por los investigadores a las siguientes personas:

En la red de prestadores públicos:

Equipos directivos y operativos de las direcciones territoriales de salud tanto municipales (secretario de salud, director operativo de salud pública y director operativo de prestación de servicios, 3 por municipio seleccionado) como departamentales (secretario de salud, director operativo de salud pública y director operativo de prestación de servicios); Gerentes y directores médicos de las Empresas Sociales del Estado de los municipios seleccionados.

6.3 FASE DE IMPLEMENTACIÓN

6.3.1 Etapa 1:

Diseño de la encuesta en salud, que permita indagar sobre la percepción gerencial de la atención integral a las personas víctimas del conflicto armado.

La encuesta se define como “una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con intención de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población” Mediante la encuesta se obtienen datos de interés sociológico interrogando a los miembros de un colectivo o de una población (36).

Como características fundamentales de una encuesta, Sierra Bravo (37) destaca: 1. La encuesta es una observación no directa de los hechos sino por medio de lo que manifiestan los interesados. 2. Es un método preparado para la investigación. 3. Permite una aplicación masiva que mediante un sistema de muestreo pueda extenderse a una

nación entera. 4. Hace posible que la investigación social llegue a los aspectos subjetivos de los miembros de la sociedad.

En opinión de M García Ferrado (38): “prácticamente todo fenómeno social puede ser estudiado a través de las encuestas”. Cuatro razones avalan esta afirmación: 1. Las encuestas son una de las escasas técnicas de que se dispone para el estudio de las actitudes, valores, creencias motivos. Hay estudios experimentales en que no se conocen inicialmente las variables que intervienen y mediante la encuesta, bien por cuestionarios o por entrevista hacen posible determinar las variables de estudio.

2. Las técnicas de encuesta se adaptan a todo tipo de información a cualquier población.
3. Las encuestas permiten recuperar información sobre sucesos acontecidos a los entrevistados.
4. Las encuestas permiten estandarizar los datos para un análisis posterior, obteniéndose gran cantidad de datos a un precio bajo y en un periodo de tiempo corto (39)

Las encuestas según García Ferrado se pueden clasificar atendiendo el ámbito que abarcan, a la forma de obtener los datos y al contenido, de la siguiente manera:

- **Encuestas exhaustivas y parciales:** Se denomina exhaustiva cuando abarca a todas las unidades estadísticas que componen el colectivo, universo, población o conjunto estudiado. Cuando una encuesta no es exhaustiva, se denomina parcial.
- **Las encuestas directas e indirectas:** Una encuesta es directa cuando la unidad estadística se observa a través de la investigación propuesta registrándose en el cuestionario. Será indirecta cuando los datos obtenidos no corresponden al objetivo principal de la encuesta pretendiendo averiguar algo distinto o bien son deducidos de los resultados de anteriores investigaciones estadísticas.
- **Encuestas sobre hechos y encuestas de percepción:** Un cuestionario o encuesta está formado por una serie de preguntas. Si estas están formuladas adecuadamente, el cuestionario será válido. La pregunta se debe hacer de tal forma que las respuestas que se ofrezcan reúnan dos condiciones, el de ser excluyentes y exhaustivas para que de esta forma la persona que va a responder, no pueda elegir dos respuestas a la misma

pregunta, y también, que en las respuestas se presenten todas las posibilidades para que ningún encuestado la deje sin contestar por no encontrar la respuesta.

Una de las primeras clasificaciones del tipo de preguntas se da en cuanto a la contestación del encuestado: preguntas abiertas y preguntas cerradas:

Las preguntas abiertas, deja a libertad al encuestado para que conteste según su criterio, conocimiento u experiencia, con relación a un tema específico o determinado.

Las preguntas cerradas son aquellas que contienen la respuesta, pudiendo dividirse entre aquellas que tienen solo dos posibles respuestas como, sí o no, dicotómicas; y aquellas preguntas de elección múltiple con una escala Likert, que incluyen varias respuestas posibles para elegir una.

la escala tipo Likert Es un tipo de instrumento de medición o de recolección de datos que se dispone en la investigación social para medir actitudes(40). Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos(40)(41).

Ejemplos Tipo Likert, dentro de los aspectos constitutivos de la escala tipo Likert, es importante resaltar las calificaciones y puntuaciones, que corresponden a las opciones de respuesta de acuerdo al instrumento seleccionado(41).

las alternativas y valores más usados: ejemplo 1: 5 Muy de Acuerdo. 4 De Acuerdo. – 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo. – 2 En desacuerdo. – 1 Muy en desacuerdo. Ejemplo 2: 5 Totalmente de Acuerdo. 4 de Acuerdo. 3 neutral. 2 en desacuerdo. 1 totalmente en desacuerdo. •ejemplo 3: 5 Definitivamente sí. – 4 Probablemente sí. – 3 Indeciso. – 2 Probablemente no. – 1 Definitivamente no. •ejemplo 4: 5 Completamente verdadero. 4 verdadero. 3 ni falso ni verdadero. 2 falso. 1 completamente falso. 3.-Puntaje: Los puntajes son los valores que se les asignan a los indicadores constitutivos como opciones de respuesta. Para obtener las puntuaciones en la escala de Likert, se suman los valores obtenidos respecto de cada fase(41).

La escala tipo Likert, mide actitudes, es decir, que se emplea para medir el grado en que se da una actitud o disposición de los encuestados sujetos o individuos en los contextos sociales particulares. El objetivo es agrupar numéricamente los datos que se expresen en

forma verbal, para poder luego operar con ellos, como si se tratará de datos cuantitativos para poder analizarlos correctamente(41).

Medir es el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos, mediante la clasificación y/o cuantificación, un instrumento de medición debe cubrir los requisitos de confiabilidad y validez. Métodos de validez y confiabilidad para un instrumento de recolección de datos incluye caso del escalamiento tipo Rensis Likert.

La elección de un instrumento de recolección de datos debe estar asociada a la evaluación de las características de la investigación en desarrollo para que sea cónsona con su tipo y los propósitos planteados. Los cuestionarios tipo escala de Likert han demostrado un reconocido rendimiento en investigaciones sociales en lo que se refiere a la medición de actitudes. Tomando en cuenta que la actitud por su naturaleza subjetiva no es susceptible de observación directa, ha de inferirse de la conducta manifiesta, en este caso, a través de la expresión verbal de los sujetos de investigación.

En este caso en particular se pretende conocer la percepción de los gerentes y tomadores de decisión en salud con relación a la atención integral a Víctimas de conflicto armado desde tres variables a mencionar: conocimiento, direccionamiento estratégico y ciclo de administrador en salud.

Para objetivos de la investigación en salud y conflicto armado, se definen los bancos de preguntas que constituyen la estructura de la encuesta a partir de:

- a. La revisión teórica sobre la normatividad vigente en salud pública frente a la atención integral a las víctimas del conflicto armado
- b. Exploración sobre la capacidad gerencial aplicada al contexto de la atención integral en salud (MÍAS) a la población víctima del conflicto armado.

Para el diseño de la encuesta de percepción se revisaron ejercicios de estudios similares realizados en el país y experiencias internacionales.

Se realizó una búsqueda bibliográfica de al menos 50 artículos o referencias mediante una consulta de bases de datos virtuales y documentales, con una estrategia de

búsqueda que incluyó el uso de materiales académicos virtuales disponibles en el internet y también en bibliotecas.

Los documentos y sus fuentes fueron de los organismos oficiales del Estado Colombiano, como Ministerio de Salud y la Protección social y Agencias Nacionales como la Unida Nacional de Víctimas, Registro de Víctimas de Conflicto, además de fuentes bibliográficas como Scielo, Pubmedic, Birreme Biblioteca virtual en salud de la OPS, recursos académicos de libre acceso de la UNESCO entre otras revisas indexadas, como referentes al tema.

Los criterios de inclusión de los documentos fueron las fechas de artículos o documentos 20 años hacia la fecha, datos o información que sean publicadas por fuentes Oficiales Nacionales e internacionales, por último, los artículos, referentes y autores deben corresponder a los temas específicos propuestos en el diseño de la encuesta como víctimas, encuestas en salud, discapacidad, derechos humanos, conflicto, determinantes sociales etc.

Los bancos de preguntas son:

- **Datos de filiación del encuestado:** Sujetos a firma de consentimiento y cláusula de privacidad en el manejo de datos y de la información consignada. Consta de datos específicos de interés.
- **Banco preliminar de encuadre:** Numeral 5. preguntas que permiten conocer percepción de entrada frente a la percepción subjetiva del conflicto armado y la población víctima asumiendo posición personal del encuestado. Consta de cuatro (4) preguntas abiertas.
- **Primer banco de indagación en percepción:** “Apropiación de conocimiento en política pública en salud y conflicto armado para la atención a población víctima del conflicto armado”. Consta de preguntas abiertas.
- **Segundo banco de indagación en percepción:** “Percepción de la relación entre salud pública y prestación de servicios en salud con enfoque de determinantes sociales de salud”. Consta de preguntas abiertas.
- **Tercer banco de indagación en percepción gerencial:** “Ciclo PHVA aplicado al contexto de la salud y el conflicto armado”. Consta de preguntas abiertas

6.3.2 Etapa 2: preguntas por bancos: se elaboran las preguntas o ítems correspondientes a cada banco de preguntas.

Banco preliminar de filiación y encuadre

- ¿Se considera Ud. una persona víctima del conflicto armado?
- Algún miembro de su familia ha sufrido algún tipo de hecho victimizante derivado del conflicto armado como secuestro, extorsión a manos de Grupos Organizados de Derecha o Izquierda (¿Guerrilla o Paramilitares?)
- ¿Considera Ud. que la opción a la salida del conflicto armado en Colombia debe ser por vía solamente militar?
- ¿Considera Ud. la salida al conflicto armado en Colombia debe hacerse por vía del diálogo y la concertación política, con recuperación social?

PREGUNTAS BANCO A “Apropiación de conocimiento en política pública y conflicto armado”

- ¿Considera Ud. que conoce usted el marco normativo en salud que establece acciones de atención preferente a la población víctima del conflicto armado en el país?
- ¿Dentro de las acciones gerenciales en su calidad de gerente de los servicios de salud, existen elementos que contemplen específicamente atención a población víctima del conflicto armado?
- ¿Conoce el proceso que corresponde a la atención integral de población víctima del conflicto mediante el proceso PAPSIVI?
- ¿Considera que el plan Decenal de Salud Pública contempla acciones de interés directa en el proceso de atención a víctimas del conflicto armado en el país?
- ¿Tiene información sobre los procesos de atención a población víctima direccionadas desde el Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud MÍAS?
- ¿Conoce las condiciones de implementación de las rutas integrales de atención en salud RÍAS que tocan directamente temas relacionados con la atención diferenciada a población víctima del conflicto armado?
- ¿Considera que existe diferencias al momento de diseñar y/o implementar acciones de atención integral en salud frente a la población víctima del conflicto armado?
- ¿Piensa que debería existir un sistema de atención diferencial en materia de prestación de servicios en salud, frente a la población víctima del conflicto armado en el país?
- ¿Ha tenido posibilidad de diseñar procesos o implementar estrategias que puedan ser de directa intervención en los procesos de atención integral a la población en víctima del conflicto armado en el País?

- ¿Considera necesario generar procesos de análisis de costos para la implementación específica de acompañamientos a fines a los programas de atención diferenciada a nivel de víctimas?

PREGUNTAS BANCO B “Percepción de la relación entre salud pública y prestación de servicios en salud con enfoque de determinantes sociales de salud y el bienestar, ante el fenómeno del conflicto armado en Colombia”.

- ¿Dentro de las acciones gerenciales establecidas desde lo liderado por su competencia, existen estrategias de atención a población víctima bajo enfoque diferencial?
- ¿Considera usted que las acciones en materia de atención integral en salud a la población víctima ha mejorado?
- ¿Usted considera que el impacto subjetivo de la guerra-conflicto armado en la población víctima debería asumirse como un determinante social de la salud y el bienestar?
- ¿Cree usted que, en materia de la atención integral en salud a víctimas del conflicto armado, es más prioritario la Gestión del Recurso Económico para la puesta en marcha de programas?
- ¿Cree usted que, en materia de la atención integral en salud a víctimas del conflicto armado, es más prioritario: ¿La comprensión del enfoque diferencial para la atención a población según sus necesidades?
- ¿Cree usted que, en materia de la atención integral en salud a víctimas del conflicto armado, es más prioritario: ¿La percepción de los tomadores de decisión frente a su responsabilidad asistencial en salud?
- ¿Cree usted que, en materia de la atención integral en salud a víctimas del conflicto armado, es más prioritario: ¿La percepción de los tomadores de decisión frente a su responsabilidad asistencial en salud?
- ¿En el territorio objeto de su gestión en calidad e tomador de decisión en salud, existe hechos victimizantes derivados del conflicto armado que generen eventos de interés en salud?
- ¿Considera usted que las acciones establecidas desde el PAPSIVI “¿Programa de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado”, responden verdaderamente a las necesidades en cuanto a atención integral en salud para la población objeto de intervención?
- Considera usted, en el marco de la ley 1448 de 2011, que son acciones de orden prioritario para la atención integral de la población víctima, las “Medidas Judiciales y administrativas”
- Considera usted, en el marco de la ley 1448 de 2011, que son acciones de orden prioritario para la atención integral de la población víctima, las “Medidas Sociales y Económicas”
- ¿Considera usted, en el marco de la ley 1448 de 2011, que son acciones de orden prioritario para la atención integral de la población víctima, las “¿Medidas

Individuales y Colectivas en el marco de las necesidades específicas en Salud” con enfoque psicosocial, acción sin daño, enfoque diferencial??

- ¿Según las condiciones de caracterización en salud expuestas desde MSPS y la UARIV desde el Protocolo de Atención PAPSIVI, el enfoque de atención psicosocial, diferencial y de acción sin daño, debe implementarse?
- ¿Según lo dispuesto por la ley 1448 de 2011, la atención a militares víctimas del conflicto armado debe establecerse por el régimen subsidiado?
- Desde lo contemplado en los artículos 52 y 53 de la Ley 1448 de 2011, el reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria se establece por conducto de MINSAL con cargo a recursos del FOSYGA – Subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito

PREGUNTAS BANCO C “Ciclo PHVA aplicado al contexto de la salud y el conflicto armado”.

- ¿Dentro de las acciones gerenciales establecidas desde lo liderado por su competencia, existen estrategias de atención a población víctima bajo enfoque diferencial?
- ¿Considera en su planeación gerencial el abordaje de la población víctima de conflicto armado?
- ¿Dentro de la planeación contempla la construcción de indicadores, metas u objetivos dirigidos a la atención integral en salud a las víctimas?
- (HACER)
- ¿Implementa actividades de atención, individuales o colectivas dirigidas a la promoción, rehabilitación o intervención en salud de las poblaciones víctimas de conflicto?
- ¿En la actualidad está en funcionamiento la ruta de atención diferencial en su institución en salud de acuerdo al Modelo Integral de Atención en Salud?
- ¿Considera importante de consolidar equipos de Talento Humano –Equipos Multidisciplinarios en Salud (EMS)- con funciones específicas para desarrollar procesos de intervención en atención integral en salud a las poblaciones víctimas del conflicto armado implementando enfoques psicosociales, de género, diferenciales, de acción sin daño, ¿entre otros?
- ¿Considera usted que su capacidad de gestión frente a los demás actores intersectoriales y transectoriales de la salud es favorable en virtud de las acciones conjuntas en favor de la población víctima del conflicto armado en el país?
- (VERIFICAR)
- ¿Siente que su capacidad de auditoría frente a indicadores de gestión, promueve el cumplimiento de los compromisos adquiridos por sus subalternos, con relación a la ejecución de acciones de intervención en salud a las poblaciones víctimas?
- ¿Verifica usted cumplimiento con frecuencia de al menos una (1) vez al mes en lo que tiene que ver con su sector salud de las políticas descritas en la ley 1448 de 2011, el programa PAPSIVI, la revisión de la plataforma VIVANTO, la

implementación del protocolo de atención integral en salud a población víctima del conflicto armado?

- ¿Establece y ejecuta estrategias de control internos como la observación directa, evaluaciones de competencias del Equipo Multidisciplinar en Salud (EMS), seguimiento al cumplimiento de metas y objetivos, y la retroalimentación en su institución de salud, en cuanto a la atención a las víctimas?
- (ACTUAR)
- ¿Realiza a título personal búsquedas de información, lectura, comprensión y aplicación de normatividad en salud, con el objetivo de lograr que en su institución se garantice la atención en salud para las víctimas?
- ¿Dentro de las múltiples funciones como gerente de salud, considera que tiene claridad en relación a su función de garantizar la atención integral en salud a la población víctima del conflicto armado en el país?
- ¿Genera y propone estrategias de capacitación y formación continua a personal administrativo y asistencial en temas de atención integral en salud a población víctima del conflicto humano?
- ¿Utiliza los recursos informáticos, bases de datos oficiales en su municipio para la caracterización de su posible población a intervenir?
- ¿Considera usted que las acciones de humanización de los sistemas de salud, requieren comprender la integralidad de los determinantes sociales de la salud y los determinantes del bienestar como elementos importantes al momento de tomar decisiones gerenciales?
- ¿Considera usted que las preguntas aquí consolidadas han sido contestadas con sinceridad y franqueza?

6.3.3 Validación teórica del constructo: Juicio de expertos y ponderación de bancos y preguntas

Se consultará a expertos en investigación y diseños de instrumentos de medición (encuesta) para su validación y ajuste. Se hará un foro temático sobre salud y conflicto armado buscando convocar perfiles de investigación de alto nivel en el tema.

6.3.4. Prueba piloto: pruebas de validez, confiabilidad y consistencia interna del instrumento

Para la prueba piloto se elegirá un departamento vecino con al menos tres municipios con reporte de presencia de conflicto armado y víctimas demandantes de atención en salud. Previo contacto formal y firma del consentimiento informado para participar en la prueba piloto Se aplicará el instrumento a:

Departamental: Director territorial en Salud, Director operativo de salud, Director operativo de prestación de servicios

Municipal: Director local de salud; Gerente de la ESE, Director médico de la ESE

EAPB: Gerente general, Director médico

6.3.5 Análisis de datos y estadísticos: El paquete de datos y software, en el que se procesará la información será SPSS versión 2016. Se aplicarán los estadísticos de distribución de frecuencias, de tendencia central y de significancias requeridas. Para definir la confiabilidad del constructo se aplicará la prueba alfa de Cronbach. Se ajustará el instrumento eliminando ítems o incorporando nuevos de acuerdo a los resultados del pilotaje.

6.3.6 Trabajo de campo

El trabajo de campo se desarrollará en el Departamento de Risaralda. Se obtendrá las bases de datos de las personas encargadas de los entes territoriales en salud para invitarlos a participar del proyecto. Previa firma del consentimiento informado se aplicarán los instrumentos con el criterio de inclusión de acuerdo al cargo desempeñado de tomador de decisión en la red de prestadores de servicios en salud:

Gobernación: 3 personas (Secretario salud, Director operativo, Director de salud pública)

Pueblo Rico: 5 personas (Secretario de Salud; directivos y operativos de las direcciones territoriales, Gerente general y director médico ESE)

Mistrató: 5 personas (Secretario de Salud, directivos y operativos de las direcciones territoriales, Gerente general y director médico ESE)

Guática: 5 personas (Secretario de Salud, directivos y operativos de las direcciones territoriales, Gerente general y director médico ESE)

Quinchía: 5 personas (Secretario de Salud, directivos y operativos de las direcciones territoriales, Gerente general y director médico ESE)

Privados:

Medimás 2 personas

Gerente y director médico

Asmetsalud 2 personas

Gerente y director médico

Pijao salud 2 personas
Gerente y director médico
SOS 2 personas
Gerente y director médico

Total, personas a encuestar: 36

6.3.7. Plan de análisis

Se procesará la información en SPSS versión 2016. Se aplicarán los estadísticos de distribución de frecuencias, de tendencia central y de significancias requeridas. Se presentarán mediante gráficos y tablas para su interpretación.

NOTA ACLARATORIA: PARA LA REVISIÓN DE ADJUNTOS DE INTERÉS, REVISAR ANEXOS

1. [INSTRUMENTO –ENCUESTA](#)
2. [Consentimiento informado](#)
3. [Carta remisión comité de bioética](#)

7 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES 2019											
	FEBRERO Semanas				MARZO Semanas				ABRIL Semanas			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
FASE 1												
Construcción objetivos	X											
Realización preguntas orientadoras	X											
Montar proyecto escrito		x										
Fase 2												
Recopilación de la información (búsqueda bibliográfica), construcción marco conceptual y metodológico.			x	x	x							
Fase 3												
Diseño encuesta, redacción de las preguntas						X	x	x				
Construcción variables y constructos									x	x		
Ajuste y correcciones para validación de expertos.										x		
Conclusión y recomendaciones										x		
Fase 4												
Presentación final								x	x	x	x	x

8. PRESUPUESTO

Universidad Tecnológica de Pereira						
Presupuesto general propuesta por fuentes de financiación						
Nombre del proyecto: PERCEPCIÓN DE LOS TOMADORES DE DECISIÓN EN SALUD FRENTE A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN RISARAL						
Responsable del proyecto: ANGEL MARIA HURTADO - JUAN CARLO OSORIO SUÁREZ						
Facultad responsable: ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA SISTEMAS DE SALUD. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.						
Duración del proyecto: 12 MESES						
Cuadro general - presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación						
Rubros	Fuentes			Total		
	Colciencias	Universidad Tecnológica de Pereira		Total UTP		
		Desembolso nuevo	Desembolso normal			
1. Personal científico	0	240000000				
2. Equipos	Compra	0	3500000		0	0
	Uso	0	1000000	0	0	0
3. Materiales e insumos		0	12000000	0	0	0
4. Bibliografía		0	1000000	0	0	0
5. Software		0	5000000	0	0	0
6. Viajes		0	24000000	0	0	0
7. Salidas de campo		0	2000000	0	0	0
8. Servicios técnicos		0	6000000	0	0	0
9. Eventos académicos		0	9000000	0	0	0
10. Mantenimiento			2000000	0	0	0
11. Publicaciones		0	3000000	0	0	0
12. Otros		0	6000000	0	0	0
Totales		0	314500000		314.500.000	
Por favor a continuación relacionar una a una las entidades que van a participar en el proyecto. La Entidad Ejecutora y las Entidades Co Ejecutoras una a una.						
ENTIDAD EJECUTORA:						
ENTIDADES CO-EJECUTORAS:						

9. RECOMENDACIONES

- Es muy importante que las instituciones de salud y sus gerentes soliciten apoyo y acompañamiento por parte de los entes de control y gubernamentales encargados del tema y manejo de la atención a víctimas. El compartir experiencias y formas de gestionar recursos puede facilitar la labor de los gerentes para implementar acciones en sus instituciones.
- Continuar con la revisión y asesoría de expertos para realizar la validación de los instrumentos de percepción, implementar la prueba piloto permitirá realizar los reajustes necesarios
- Diseñar las nuevas versiones de la encuesta de percepción en donde los actores sean la parte asistencial como lo son el talento humano en salud y otras dirigidas a las víctimas y familiares.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Congreso de la República. Ley 1448 de 2011. 10 Junio 2011. 2011;72.
2. Ruta PAPSIVI.
3. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS Plan de capacitación sectorial Política de Atención Integral en Salud.
4. OPS/OMS. “Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria.” 2007;1–6.
5. Chan M. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Rev Cuba Salud Pública. 2009;35(4):29–30.
6. Ayala Garcia J. La Salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Doc Trab sobre Econ Reg Banco la República ISSN 1692-3715. 2014;45.
7. Ministerios de Salud y Protección Social. Sala situacional de la Población Víctima del conflicto Armado. 2015;1–20.
8. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Informes Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. 2014;42.
9. Armas EN. Enfoque Diferencial Componente de Discapacidad. 2015;
10. Salud D. Determinantes de la Salud. 2005;161–89.
11. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev Salud Pública. 2010;12(5):701–12.
12. Gaviria Uribe A, Ruíz Gómez F, Dávila Guerrero C, Burgos Bernal G, Osorio Saldarriega E, Escobar Morales G. Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS Ministerio de Salud y Protección Social. Minist Salud y Protección Soc. 2016;106.
13. Garcia M, Quispe C, Ráez L. Mejora continua de la calidad en los procesos. Ind

- Data. 2003;6:89–94.
14. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Organ Mund la Salud [Internet]. 1998;1–35. Available from: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
 15. Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015. Ley. 2015;13.
 16. El congreso de la república. 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. D Of 48096. 2011;2011(Junio 10):75.
 17. MP Calle M. Sentencia de constitucionalidad Ley de víctimas C-781-12. Conrte Const. 2012;
 18. de la Espriella R, Falla JV. Reflexiones sobre la atención en salud mental de desmovilizados de grupos armados en Colombia. (Spanish). Reflections about Atten Ment Heal Ex-Soldiers Armed Irregul Groups. 2009;38(2):230–47.
 19. Dane. Censo general 2005. Discapacidad. Personas con limitaciones permanentes. 2006;34.
 20. Varios. Tres veces víctimas. Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. Medicos sin Front. 2010;1–27.
 21. Rotundo Z, Gerardo J. Escala de medición de la percepción gerencial y directiva del entorno empresarial | Zapata Rotundo | Revista de Ciencias Sociales. 2017;XXIII. Available from: <http://200.74.222.178/index.php/racs/article/view/23316/23447>
 22. Ministerio de Salud y Protección S. Política de atención integral en salud - Modelo de Atención. Minsalud. 2016;1–94.
 23. Ministerio de Salud y Protección Social dentro. Resolución Número O 3 2 0 2 De 2016. Resolución 3202. 2016;
 24. Ministerio de Salud y Protección S. Plan decenal de Salud Pública. Bogotá DC; 2012. 452 p.
 25. Ministerio de Salud y protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016. 2016;1–163.

26. Pereira R, Betancur PG. Reporte de Caracterización víctimas del conflicto armado. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV. Risaralda. Colombia; 2015 p. 9.
27. Ministerio de de Salud y Protección Social. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO. Instituto. Ministerio de de Salud y Protección Social, editor. Bogotá DC; 2017. 1-147 p.
28. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 1050 DE 2016. COLOMBIA; 2016 p. 1–2.
29. No DO. LEY 100 DE 1993. 1993 p. 308.
30. Ferrelli RM. Determinantes Sociales. Contribuciones del encuentro regional. 2015;1–16.
31. Ministerio de de Salud y Protección Social. Planeación de la Salud con Enfoque de Determinantes Priorización en Salud Publica. 2012. 44 p.
32. Corte Constitucional de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991. Corte Constitucional de Colombi Colombia; 1991 p. 121.
33. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 0888 DE 2012. Bogotá DC; 2012.
34. Ministerio de de Salud y Protección Social. DECRETO 4800 DE 2011. 6800 DE 2011 COLOMBIA; 2011 p. 61.
35. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 2063 DE 2017 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD. 2017. p. 42.
36. Pérez-Olmos I, Fernández-Piñeres PE, Rodado-Fuentes S. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia. Rev Salud Pública. 2005;7(3):268–80.
37. Sierra R. Técnicas de Investigación Social. Teoría y Ejercicios. 2001. p. 705.
38. Manuel García Ferrando - La Encuesta Capítulo de Libro.pdf. 1983.

39. Américo M. Metodología de cuestionarios principios y aplicaciones. Vol. 43, Boletín de la ANABAD. 1993. p. 263–72.
40. Briones G, Colombiano I, El P. Investigación Cuantitativa En Las Ciencias Sociales. Vol. 22, Tree Physiology. 2002. 413-422 p.
41. Ávila Baray HL. Introducción a la metodología la de la investigación. 2006.
42. Andrade E. Atención psicosocial a militares víctimas del conflicto armado en Colombia. Rev Gestión Estratégica Cienc y Pod Estratégico. 2018;12(2017):1–9.
43. Siger R. Estrategia de Incidencia en Salud Mental EMIS. Agencia Colombiana para la Reintegración. 2015;
44. Protección M de S y. Resolución 429 de 2016. Minist Salud y Protección Soc. 2016;2015:2014–8.

11. ANEXOS



**PERCEPCIÓN GERENCIAL EN SALUD Y CONFLICTO ARMADO EN COLOMBIA “PG-
CONFLICTO ARMADO & SALUD”.**
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA.
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA SISTEMAS DE SALUD.
VERSIÓN 1.0
“TOMADORES DE DECISIÓN EN SALUD”
2018

1. Presentación

El conflicto armado en Colombia se presenta como un determinante social de la salud de amplio impacto en todas las dimensiones sociales, humanas, económicas, políticas, educativas y particularmente en toda la dimensión de salud y bienestar para la población civil. El ejercicio de responsabilidad frente al fenómeno del conflicto armado, se enmarca dentro de las necesidades de atención integral a la población civil, donde existen elementos importantes a nivel de la gerencia de la salud pública. La encuesta se establece en el marco de la investigación de grado para obtener el título de Especialización en Gerencia de Sistemas de Salud, establecida desde la *Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira*.

2. Población objeto de aplicación PG-C.A.S versión 1.0: La encuesta “EPG-Conflicto Armado y Salud” en su versión 1.0, pretende establecer un acercamiento a la percepción gerencial de los tomadores de decisión quienes por efecto de su ocupación sea gerencial y/o académica, inciden de manera directa en los procesos de la salud de la población civil. Gerentes de Entidades Aseguradoras del Plan de Beneficios (EAPB), Gerentes de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS, ESE, Clínicas y Hospitales), Directores Locales y Departamentales de Salud, Decanos de Facultades de Formación de Talento Humano en Salud, se presentan como población de interés en el proceso de implementación de la encuesta EPG-C.A. S en su versión 1.0.

2.1 Objetivo: Reconocer cuál es la percepción gerencial en el sistema de salud, de los tomadores de decisión en frente a la atención integral, a la población víctima del conflicto armado en Colombia.

3. Justificación: Las apuestas de comprensión en el marco de la salud pública en Colombia, pretenden asumir los retos que en el marco de las necesidades específicas en

salud se tienen. El conflicto armado en el país, ha entregado más de ocho (8) millones de personas víctimas en Colombia, según fuentes específicamente referenciada de la Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas UARIV. La realidad a nivel territorial para un departamento como Risaralda es compleja, siendo la población víctima caracterizada el equivalente a cerca del 10% de la población total del departamento, esto quiere decir, que según datos de la UARIV, existen más de 100.000 personas caracterizadas en condición de víctimas en un departamento que no supera el 1 millón de habitantes⁵.

Esto además implica la necesidad de comprender que, algunos elementos de otras poblaciones atendidas requieren acciones en materia de necesidades específicas en salud como la población desmovilizada del conflicto armado militantes en grupos regulares (42) (Fuerzas Militares Todas) y fuerzas irregulares (43) (Guerrillas, Paramilitares), en elementos que a su vez son comunes y necesarios de atender bajo la perspectiva de la salud, particularmente, según la evidencia, en perspectiva de salud mental (27) con enfoque psicosocial.

Lo anterior implica, además, bajo una perspectiva sistémica de la salud, asumir que los entornos socio-comunitarios también se ven afectados en el marco de los eventos específicos de la salud, entornos que requieren comprender que una persona víctima tiene a su vez contextos familiares, entornos comunitarios y laborales.

4. Implementación: El desarrollo de la presente encuesta de percepción gerencial, pretende indagar sobre las acciones que los tomadores de decisión en el sector salud establecen con el fin de generar procesos de atención integral frente a la población víctima del conflicto armado en el País, y a las condiciones mismas con las cuales se concibe el conflicto armado en Colombia desde la perspectiva de la salud.

A continuación, encontrará una serie de preguntas con las cuales se espera comprender algunos elementos propios de la percepción gerencial en sistemas de salud, considerados por los investigadores como elementos de interés específico en cuanto a la relación con el conflicto armado en el país, y la atención integral a población víctima del conflicto armado.

La información consignada en ésta encuesta será tratada con la mayor reserva investigativa, y personal, conforme a las condiciones establecidas en el consentimiento informado previamente diligenciado por usted. Lo anterior se expone en el entendido de ser éste un proceso con fines investigativas, no evaluativas. Por favor, siéntase en completa libertad de contestar con la verdad, según su percepción específica en materia de los ítems propuestos.

4.1 La encuesta EPG-C.A. S versión 1.0: El instrumento que aquí se expone, consta de una serie de variables, que pretenden abordar el fenómeno del conflicto armado en clave de atención integral en salud a población víctima, leído desde la perspectiva gerencial de la salud. No es una escala de valoración de conocimiento en sí misma sobre dicho contenido temática, sino de percepción analítica de puntos considerados críticos para el desarrollo de acciones de atención integral en salud ante las personas que han sido

⁵ Fuente <http://www.unidadvictimas.gov.co/es/departamentos/risaralda>

víctimas generales del conflicto armado en el país. Para tal hecho, se ha propuesto una serie de treinta y cuatro (34) preguntas divididas de la siguiente manera

- **Datos de filiación del encuestado:** Sujetos a firma de consentimiento y cláusula de privacidad en el manejo de datos y de la información consignada. Consta de datos específicos de interés.
- **Banco preliminar de encuadre:** Numeral 5. preguntas que permiten conocer percepción de entrada frente a la percepción subjetiva del conflicto armado y la población víctima asumiendo posición personal del encuestado. Consta de cuatro (4) preguntas abiertas.
- **Primer banco de indagación en percepción:** “Apropiación de conocimiento en política pública en salud y conflicto armado para la atención a población víctima del conflicto armado”. Consta de preguntas abiertas.
- **Segundo banco de indagación en percepción:** “Percepción de la relación entre salud pública y prestación de servicios en salud con enfoque de determinantes sociales de salud”. Consta de preguntas abiertas.
- **Tercer banco de indagación en percepción gerencial:** “Ciclo PHVA aplicado al contexto de la salud y el conflicto armado”. Consta de preguntas abiertas

5. Datos de filiación:

Nombre	
Edad	
Número de identificación	
Municipio donde labora	
Género	
Cargo	
Entidad Pública o Privada	Pública: Privada:
Nivel educativo	Técnico: _____ Tecnólogo: _____ Profesional: ___ Postgrado: ___ Maestría: ___ PhD: ___ Nombre del máximo título otorgado: _____
Desea recibir retroalimentación del proceso	Sí _____ No _____
Población objeto de interés	EAPB: _____ ESE: _____ IPS: Dirección Local de Salud: _____ Dirección Territorial de Salud: _____ Formador de Talento Humano en Salud: _____

6. Primer banco preliminar de encuadre:

PREGUNTAS PERCEPCIÓN PRELIMINAR	RESPUESTA (MARQUE CON UNA "X" SÓLO LA CASILLA DE SU ELECCIÓN)				
	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
1. ¿Se considera Ud. una persona víctima del conflicto armado?					
2. ¿Algún miembro de su familia ha sufrido algún tipo de hecho victimizante derivado del conflicto armado como secuestro, extorsión a manos de Grupos Organizados de Derecha o Izquierda (Guerrilla o Paramilitares)?					
3. ¿Considera Ud. que la opción a la salida del conflicto armado en Colombia debe ser por vía solamente militar?					
4. ¿Considera Ud. la salida al conflicto armado en Colombia debe hacerse por vía del diálogo y la concertación política, con recuperación social?					

7. Primer banco de indagación en percepción: "Apropiación de conocimiento en política pública en salud y conflicto armado para la atención a población víctima del conflicto armado"

PREGUNTAS BANCO A "Apropiación de conocimiento en política pública y conflicto armado"	RESPUESTA (MARQUE CON UNA "X" SÓLO LA CASILLA DE SU ELECCIÓN)				
	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
1. ¿Considera Ud. que conoce el marco normativo en salud que establece acciones de atención preferente a la población víctima del conflicto armado en el país?					
2. ¿Dentro de las acciones gerenciales en su calidad de gerente de los servicios de salud, existen elementos que contemplen específicamente atención a población víctima del conflicto armado?					
3. ¿Conoce el proceso que corresponde a la atención integral de población víctima del conflicto?					

mediante el proceso PAPSIVI?					
4. ¿Considera que el plan Decenal de Salud Pública contempla acciones de interés directa en el proceso de atención a víctimas del conflicto armado en el país?					
5. ¿Tiene información sobre los procesos de atención a población víctima direccionadas desde el Nuevo Modelo de Atención Integral en Salud MIAS?					
6. ¿Conoce las condiciones de implementación de las rutas integrales de atención en salud RIAS que tocan directamente temas relacionados con la atención diferenciada a población víctima del conflicto armado?					
7. ¿Considera que existe diferencias al momento de diseñar y/o implementar acciones de atención integral en salud frente a la población víctima del conflicto armado?					
8. ¿Piensa que debería existir un sistema de atención diferencial en materia de prestación de servicios en salud, frente a la población víctima del conflicto armado en el país?					
9. ¿Ha tenido posibilidad de diseñar procesos o implementar estrategias que puedan ser de directa intervención en los procesos de atención integral a la población en víctima del conflicto armado en el País?					
10. ¿Considera necesario generar procesos de análisis de costos para la implementación específica de acompañamientos a fines a los programas de atención diferenciada a nivel de víctimas?					

8. Segundo Banco de indagación en percepción: “Percepción de la relación entre salud pública y prestación de servicios en salud con enfoque de determinantes sociales de salud y el bienestar, ante el fenómeno del conflicto armado en Colombia”.

PREGUNTAS BANCO B “Percepción de la relación entre salud pública y prestación de servicios en salud con enfoque de determinantes sociales de salud y el bienestar, ante el fenómeno del conflicto armado en Colombia”.	RESPUESTA (MARQUE CON UNA “X” SOLO LA CASILLA DE SU ELECCIÓN)				
	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUEMENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
1. Dentro de las acciones gerenciales establecidas desde lo liderado por su					

competencia, existen estrategias de atención a población víctima bajo enfoque diferencial?					
2. Considera usted que las acciones en materia de atención integral en salud a la población víctima a mejorado?	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
3. ¿Usted considera que el impacto subjetivo de la guerra-conflicto armado en la población víctima debería asumirse como un determinante social de la salud y el bienestar?	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
4. ¿Cree usted que en materia de la atención integral en salud a víctimas del conflicto armado, es más prioritario la Gestión del Recurso Económico para la puesta en marcha de programas?	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
4.1 ¿Cree usted que en materia de la atención integral en salud a víctimas del conflicto armado, es más prioritario: ¿La comprensión del enfoque diferencial para la atención a población según sus necesidades?	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
4.2 ¿Cree usted que en materia de la atención integral en salud a víctimas del conflicto armado, es más prioritario: ¿La corresponsabilidad intersectorial de la salud, que den sostenibilidad de los procesos	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
4.3 ¿Cree usted que en materia de la atención integral en salud a víctimas del conflicto armado, es más prioritario: ¿La percepción de los tomadores de decisión frente a su responsabilidad asistencial en salud.	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
5. ¿En el territorio objeto de su gestión en calidad e tomador de decisión en salud, existe hechos victimizantes derivados del conflicto armado que generen eventos de interés en salud?	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
6. ¿Considera usted que las acciones establecidas desde el PAPSIVI “Programa de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado”, responden verdaderamente a las necesidades en cuanto a atención integral en salud para la población objeto de intervención?	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
7. Considera usted, en el marco de la ley 1448 de 2011, que son acciones de orden prioritario para la atención integral de la población víctima, las “Medidas Judiciales y administrativas”	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
7.1 Considera usted, en el marco de la ley 1448 de 2011, que son acciones de orden prioritario para la atención integral de la población víctima, las “Medidas Sociales y Económicas”	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
7.2 ¿Considera usted, en el marco de la ley 1448 de 2011, que son acciones de	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE

orden prioritario para la atención integral de la población víctima, las ¿Medidas Individuales y Colectivas en el marco de las necesidades específicas en Salud” con enfoque psicosocial, acción sin daño, enfoque diferencial??					
8. ¿Según las condiciones de caracterización en salud expuestas desde MSPS y la UARIV desde el Protocolo de Atención PAPSIVI, el enfoque de atención psicosocial, diferencial y de acción sin daño, debe implementarse?	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUEMENTEMENTE	MUY FRECUEMENTEMENTE
9. ¿Según lo dispuesto por la ley 1448 de 2011, la atención a militares víctimas del conflicto armado debe establecerse por el régimen subsidiado?	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUEMENTEMENTE	MUY FRECUEMENTEMENTE
10. Desde lo contemplado en los artículos 52 y 53 de la Ley 1448 de 2011, el reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria se establece por conducto de MINSAL con cargo a recursos del FOSYGA – Subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUEMENTEMENTE	MUY FRECUEMENTEMENTE

9. Tercer banco de indagación en percepción gerencial: “Ciclo PHVA aplicado al contexto de la salud y el conflicto armado”:

PREGUNTAS BANCO C “Ciclo PHVA aplicado al contexto de la salud y el conflicto armado”.	RESPUESTA (MARQUE CON UNA “X” SOLO LA CASILLA DE SU ELECCIÓN)				
	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUEMENTEMENTE	MUY FRECUEMENTEMENTE
(PLANEAR)					
1. ¿Dentro de las acciones gerenciales establecidas desde lo liderado por su competencia, existen estrategias de atención a población víctima bajo enfoque diferencial?	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUEMENTEMENTE	MUY FRECUEMENTEMENTE
2. ¿Considera en su planeación gerencial el abordaje de la población víctima de conflicto armado?	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUEMENTEMENTE	MUY FRECUEMENTEMENTE
3. ¿Dentro de la planeación contempla la construcción de indicadores, metas u objetivos dirigidos a la atención integral en salud a las víctimas?	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUEMENTEMENTE	MUY FRECUEMENTEMENTE
(HACER)					
4. ¿Implementa actividades de atención, individuales o colectivas dirigidas a la promoción, rehabilitación o intervención en salud de las poblaciones víctimas	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUEMENTEMENTE	MUY FRECUEMENTEMENTE

de conflicto?					
5. ¿En la actualidad está en funcionamiento la ruta de atención diferencial en su institución en salud de acuerdo al Modelo Integral de Atención en Salud?	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
6. ¿Considera importante de consolidar equipos de Talento Humano –Equipos Multidisciplinarios en Salud (EMS)- con funciones específicas para desarrollar procesos de intervención en atención integral en salud a las poblaciones víctimas del conflicto armado implementando enfoques psicosociales, de género, diferenciales, de acción sin daño, entre otros?	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
7. ¿Considera usted que su capacidad de gestión frente a los demás actores intersectoriales y transectoriales de la salud es favorable en virtud de las acciones conjuntas en favor de la población víctima del conflicto armado en el país? (VERIFICAR)	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
8. ¿Siente que su capacidad de auditoría frente a indicadores de gestión, promueve el cumplimiento de los compromisos adquiridos por sus subalternos, con relación a la ejecución de acciones de intervención en salud a las poblaciones víctimas?	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
9. ¿Verifica usted cumplimiento con frecuencia de al menos una (1) vez al mes en lo que tiene que ver con su sector salud de las políticas descritas en la ley 1448 de 2011, el programa PAPSIVI, la revisión de la plataforma VIVANTO, la implementación del protocolo de atención integral en salud a población víctima del conflicto armado?	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
10. ¿Establece y ejecuta estrategias de control internos como la observación directa, evaluaciones de competencias del Equipo Multidisciplinar en Salud (EMS), seguimiento al cumplimiento de metas y objetivos , y la retroalimentación en su institución de salud, en cuanto a la atención a las víctimas? (ACTUAR)	NUNCA	RARA VEZ	OCACIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE
11. ¿Realiza a título personal					

búsquedas de información, lectura, comprensión y aplicación de normatividad en salud, con el objetivo de lograr que en su institución se garantice la atención en salud para las víctimas?					
12. ¿Dentro de las múltiples funciones como gerente de salud, considera que tiene claridad en relación a su función de garantizar la atención integral en salud a la población víctima del conflicto armado en el país?					
13. ¿Genera y propone estrategias de capacitación y formación continua a personal administrativo y asistencial en temas de atención integral en salud a población víctima del conflicto humano?					
14. ¿Utiliza los recursos informáticos, bases de datos oficiales en su municipio para la caracterización de su posible población a intervenir?					
15. ¿Considera usted que las acciones de humanización de los sistemas de salud, requieren comprender la integralidad de los determinantes sociales de la salud y los determinantes del bienestar como elementos importantes al momento de tomar decisiones gerenciales?					
16. ¿Considera usted que las preguntas aquí consolidadas han sido contestadas con sinceridad y franqueza?					

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROCESO DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD.
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD**

Yo _____ mayor de edad en pleno uso de mis facultades psicológicas y jurídicas, Identificado con CC _____ De _____ He sido informado de manera amplia y suficiente, sobre las características propias del proceso de investigación: “PERCEPCIÓN DE LOS TOMADORES DE DECISIÓN EN SALUD, FRENTE A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN RISARALDA 2019.”

Los investigadores, han sido claros al momento de compartir, los objetivos, características y alcances de la investigación en curso y al haber comprendido los mismos, he decidido por voluntad propia contando con los respectivos avales, participar de la misma, asumiendo el manejo reservado y confidencial de mis datos, y la información suministrada en el proceso.

Comprendo que el ejercicio de investigación no representa riesgo biológico o psicológico para mí o para terceros, y no implica acciones que vayan en contra de la dignidad humana y deontológica bioética en salud.

Para constancia, firmo a los _____ del mes de _____ del año _____

Nombre:

Identificación:

Institución:

Cargo:

Número de Cédula:

Pereira, _____

**Srs. COMITÉ DE BIOÉTICA CBE
Universidad Tecnológica de Pereira**

Referencia: Carta aval proceso de investigación, especialización en gerencia de sistemas de salud.

Cordial saludo,

Por medio de la presente nos dirigimos a ustedes para solicitar el aval por parte de comité de bioética para la realización del proyecto en el marco de la especialización en Gerencia en Sistemas de Salud: “**PERCEPCIÓN DE LOS TOMADORES DE DECISIÓN EN SALUD, FRENTE A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN RISARALDA 2019**”, en lo cual se cuenta con:

objetivo general: Describir la percepción de los tomadores de decisión en salud, frente a la atención integral de la población víctima del conflicto armado en Risaralda.

Objetivos específicos:

- ψ Establecer el marco jurídico normativo vigente para la atención integral en salud de la población víctima del conflicto armado en Colombia.
- ψ Diseñar y validar un instrumento para explorar la percepción gerencial de los tomadores de decisión en salud, sobre la atención integral a población víctima del conflicto armado.
- ψ Explorar la percepción de los tomadores de decisión en salud en Risaralda, frente a la atención integral en salud de la población víctima.

Cabe la pena mencionar, que, en el ejercicio de intervención, por las características propias del estudio, en mismo NO PONE EN RIESGO la integridad física ni psicológica de los participantes, ni existe riesgo biológico o de otro tipo derivado.

Atentamente,

Ángel María Hurtado Guevara
CC. 94544453 de Cali

Juan Carlo Osorio Suárez
CC. 9861028 de Pereira

REFERENCIAS

1. Congreso de la República. Ley 1448 de 2011. 10 Junio 2011. 2011;72.
2. Ruta PAPSIVI.
3. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS Plan de capacitación sectorial Política de Atención Integral en Salud.
4. OPS/OMS. “Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria.” 2007;1–6.
5. Chan M. La atención primaria de salud, mas necesaria que nunca. Rev Cuba Salud Publica. 2009;35(4):29–30.
6. Ayala Garcia J. La Salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Doc Trab sobre Econ Reg Banco la República ISSN 1692-3715. 2014;45.
7. Ministerios de Salud y Protección Social. Sala situacional de la Población Víctima del conflicto Armado. 2015;1–20.
8. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Informes Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. 2014;42.
9. Armas EN. Enfoque Diferencial Componente de Discapacidad. 2015;
10. Salud D. Determinantes de la Salud. 2005;161–89.
11. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev Salud Pública. 2010;12(5):701–12.
12. Gaviria Uribe A, Ruíz Gómez F, Dávila Guerrero C, Burgos Bernal G, Osorio Saldarriega E, Escobar Morales G. Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS Ministerio de Salud y Protección Social. Minist Salud y Protección Soc. 2016;106.
13. Garcia M, Quispe C, Ráez L. Mejora continua de la calidad en los procesos. Ind Data. 2003;6:89–94.
14. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Organ Mund la Salud [Internet]. 1998;1–35. Available from: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
15. Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015. Ley. 2015;13.
16. El congreso de la república. 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. D Of 48096. 2011;2011(Junio 10):75.
17. MP Calle M. Sentencia de constitucionalidad Ley de víctimas C-781-12. Conrte Const. 2012;
18. de la Espriella R, Falla JV. Reflexiones sobre la atención en salud mental de desmovilizados de grupos armados en Colombia. (Spanish). Reflections about Atten Ment Heal Ex-Soldiers Armed Irregul Groups. 2009;38(2):230–47.
19. Dane. Censo general 2005. Discapacidad. Personas con limitaciones permanentes. 2006;34.
20. Varios. Tres veces víctimas. Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. Medicos sin Front. 2010;1–27.
21. Rotundo Z, Gerardo J. Escala de medición de la percepción gerencial y directiva del entorno empresarial | Zapata Rotundo | Revista de Ciencias Sociales. 2017;XXIII. Available from: <http://200.74.222.178/index.php/rccs/article/view/23316/23447>
22. Ministerio de Salud y Protección S. Política de atención integral en salud - Modelo de Atención. Minsalud. 2016;1–94.
23. Ministerio de Salud y Protección Social dentro. Resolución Número O 3 2 0 2 De

2016. Resolución 3202. 2016;
24. Ministerio de Salud y Protección S. Plan decenal de Salud Pública. Bogotá DC; 2012. 452 p.
 25. Ministerio de Salud y protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016. 2016;1–163.
 26. Pereira R, Betancur PG. Reporte de Caracterización víctimas del conflicto armado. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV. Risaralda. Colombia; 2015 p. 9.
 27. Ministerio de de Salud y Protección Social. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO. Instituto. Ministerio de de Salud y Protección Social, editor. Bogotá DC; 2017. 1-147 p.
 28. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 1050 DE 2016. COLOMBIA; 2016 p. 1–2.
 29. No DO. LEY 100 DE 1993. 1993 p. 308.
 30. Ferrelli RM. Determinantes Sociales. Contribuciones del encuentro regional. 2015;1–16.
 31. Ministerio de de Salud y Protección Social. Planeación de la Salud con Enfoque de Determinantes Priorización en Salud Publica. 2012. 44 p.
 32. Corte Constitucional de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991. Corte Constitucional de Colombi Colombia; 1991 p. 121.
 33. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 0888 DE 2012. Bogotá DC; 2012.
 34. Ministerio de de Salud y Protección Social. DECRETO 4800 DE 2011. 6800 DE 2011 COLOMBIA; 2011 p. 61.
 35. Ministerio de de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 2063 DE 2017 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD. 2017. p. 42.
 36. Pérez-Olmos I, Fernández-Piñeres PE, Rodado-Fuentes S. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia. Rev Salud Pública. 2005;7(3):268–80.
 37. Sierra R. Técnicas de Investigación Social. Teoría y Ejercicios. 2001. p. 705.
 38. Manuel García Ferrando - La Encuesta Capítulo de Libro.pdf. 1983.
 39. Amérigo M. Metodología de cuestionarios principios y aplicaciones. Vol. 43, Boletín de la ANABAD. 1993. p. 263–72.
 40. Briones G, Colombiano I, El P. Investigación Cuantitativa En Las Ciencias Sociales. Vol. 22, Tree Physiology. 2002. 413-422 p.
 41. Ávila Baray HL. Introducción a la metodología la de la investigación. 2006.
 42. Andrade E. Atención psicosocial a militares víctimas del conflicto armado en Colombia. Rev Gestión Estratégica Cienc y Pod Estratégico. 2018;12(2017):1–9.
 43. Siger R. Estrategia de Incidencia en Salud Mental EMIS. Agencia Colombiana para la Reintegración. 2015;
 44. Protección M de S y. Resolución 429 de 2016. Minist Salud y Protección Soc. 2016;2015:2014–8.