

Sentencia T-045/10

La jurisprudencia de esta Corporación ha señalado que, en el caso de las personas víctimas del conflicto armado interno, que además ostentan la calidad desplazados, debe darse un amparo especial por parte de las autoridades dadas sus condiciones de extrema vulnerabilidad. Adicionalmente esta Corporación ha reconocido que las circunstancias de extrema de vulnerabilidad se agudizan, cuando los actos de violencia, en el marco del conflicto armado, se ejercen contra las mujeres, en el ámbito de la prevención del desplazamiento forzoso se identifican por lo menos diez (10) factores de vulnerabilidad específicos a los que están expuestas las mujeres por causa de su condición femenina en el marco de la confrontación armada interna colombiana, que no son compartidos por los hombres, y que explican en su conjunto el impacto desproporcionado del desplazamiento forzoso sobre las mujeres.

VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO INTERNO-Vulneración al derecho a la salud de mujeres víctimas de violaciones a los derechos humanos por no adoptar medidas que garanticen atención a sus secuelas físicas y psicosociales derivadas de su condición de víctimas

VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO INTERNO QUE OSTENTA LA CALIDAD DE DESPLAZADO-Protección especial constitucional a mujeres víctimas de graves violaciones de derechos humanos

DERECHO A LA SALUD DE VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO INTERNO-Exige por parte del Estado acciones específicas y concretas en su protección

De conformidad con reiterada jurisprudencia de esta Corporación, las entidades públicas encargadas de garantizar la prestación de los servicios de salud, deben preocuparse no sólo por cumplir los cuatro elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud, a saber, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, sino que además deben contemplar las circunstancias particulares que se desprenden del hecho de ser víctimas del conflicto armado y del desplazamiento forzado, tales como la dificultad de acceder a los servicios de salud, el incremento de riesgo para contraer enfermedades que surge a partir de las condiciones deplorables a las que son sometidas las personas en situación de desplazamiento, las circunstancias de extrema de vulnerabilidad agudizada cuando los actos de violencia se ejercen contra las mujeres, las precarias condiciones económicas de las

víctimas y de sus núcleos familiares y la inestabilidad emocional.

DERECHO A LA SALUD DE VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO INTERNO-No puede limitarse únicamente a los planes básicos que se contemplan en cada uno de los regimenes

La prestación de los servicios de salud a las víctimas del conflicto armado interno que además ostentan la calidad de desplazados no puede limitarse únicamente a los planes básicos que se contemplan en cada uno de los regimenes, es decir, en el Régimen Contributivo y en el Subsidiado, debido a que en el diseño de estos programas no se contemplaron las especificidades que se derivan de la condición de víctima del conflicto interno. Como lo señaló el Ministerio de la protección Social en su intervención, estos planes no contemplan, entre otras cosas, atención psicológica y psiquiátrica de mediana y alta complejidad así como la implementación efectiva de un enfoque psicosocial, elementos necesarios para la prestación de los servicios de salud a las víctimas integralmente.

VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO INTERNO-Se debe incluir atención psicológica y psiquiátrica especializada dentro de la prestación de los servicios de salud

La necesidad de prestar atención psicológica y psiquiátrica a las víctimas del conflicto armado se desprende de las serias afectaciones en la salud y daños graves a la integridad mental que asumen distintas particularidades dependiendo del contexto social y cultural de la persona. “La salud mental abarca -entre otros aspectos- el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. En virtud de lo anterior, se requiere de una atención en salud mental que permita su recuperación, dentro de la que debe contemplarse la necesidad de romper el aislamiento, reconocer sus experiencias de miedo, identificar sus enfermedades, permitirles hablar de sus sentimientos de vergüenza y de culpa y romper los tabúes que los alimentan. Y, lo más importante, permitirles hablar de lo que vivieron y facilitar la reflexión en la comunidad, combatiendo la estigmatización y promoviendo actitudes positivas que permitan el reconocimiento de las víctimas.

ACCION DE TUTELA-Orden al Ministerio de la Protección Social de coordinar con las entidades prestadoras de servicios de salud valoración medica especializada y diagnostico respecto a la salud mental de las accionantes

ACCION DE TUTELA-Orden a Acción Social de valorar las condiciones de vulnerabilidad extrema en que se encuentran las actoras y garantice el acceso a los planes y programas de atención y estabilización a los que tienen derecho por ser desplazadas

ACCION DE TUTELA-Orden al Ministerio de la Protección Social de implementar programas y políticas necesarias en salud para la recuperación de los impactos psicosociales de las víctimas del conflicto armado

Acción de tutela instaurada por la Comisión Colombiana de Juristas en representación de Diana Carmenza Redondo, Argénida Torres, María Romero y Juana Cárdenas, contra el Ministerio de Protección Social.

Magistrada ponente:

Dra. MARÍA Victoria Calle Correa

Bogotá, D.C., dos (2) de febrero de dos mil diez (2010)

La Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados, María Victoria Calle Correa, Mauricio González Cuervo y Juan Carlos Henao Pérez, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales ha proferido la siguiente

SENTENCIA

En el proceso de revisión del fallo proferido, en única instancia, por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cartagena – Sala de Decisión Civil de Familia, el veintinueve (29) de julio de dos mil nueve (2009), dentro de la acción de tutela instaurada por la Comisión Colombiana de Juristas en representación de Diana Carmenza Redondo, Argénida Torres, María Romero y Juana Cárdenas, contra el Ministerio de Protección Social.

El expediente de la referencia fue escogido para revisión por medio del Auto de septiembre veinticuatro (24) de dos mil nueve (2009) proferido por la Sala de Selección Número Nueve.

I. ANTECEDENTES

El Director de la Comisión Colombiana de Juristas, apoderado de las señoras Diana Carmenza Redondo y Argénida Torres y agente oficioso de María Romero y Juana Cárdenas, interpuso acción de tutela contra el Ministerio de la Protección Social por considerar que dicha entidad vulneró el derecho a la salud de sus representadas, víctimas de graves violaciones a los derechos humanos, al no adoptar medidas pertinentes para garantizar atención oportuna a las secuelas físicas y psicosociales derivadas de su especial condición de víctimas.

Las presuntas vulneraciones las fundamenta en los siguientes

1. Hechos.

1. Caso de María Teresa Romero Guerra.

“La señora María Teresa Romero Guerra y su familia fueron víctimas de dos masacres perpetradas por grupos paramilitares en el Corregimiento de El Salado, Municipio del Carmen de Bolívar y de tres desplazamientos forzados.

En la incursión paramilitar de 1997, el esposo de María Romero fue herido con arma de fuego mientras que ella era obligada a presenciar la muerte de algunos miembros de su comunidad. Por este motivo la familia decidió desplazarse aunque al poco tiempo retornaron a El Salado.

Durante el año 2002 María Romero retornó de nuevo a El Salado. Una vez retornados (sic) la población empezó a ser nuevamente víctima de infracciones al derecho internacional humanitario por parte de la guerrilla, grupo armado que asesinó al menos 15 personas en distintas fechas, entre quienes se encontraba el sobrino del esposo de María Romero asesinado el 5 de mayo de 2002 y con quien María y su esposo tenían un vínculo afectivo muy estrecho.

Luego de la segunda masacre María Romero no recibió asistencia especializada y oportuna para prevenir ni tratar adecuadamente las afecciones psicológicas y emocionales que empezó a padecer.

Según el informe anexo,¹ desde finales del año 2007 la señora María Romero ha padecido estrés emocional desencadenado por las experiencias traumáticas agravadas por la situación de olvido estatal y la precariedad en que vive la comunidad y su familia.

El informe experto también señala que, en el mes de diciembre de 2007, María Romero perdió por completo la capacidad visual en uno de sus ojos lo que le desencadenó una profunda depresión. El 16 de diciembre de 2007 María Romero perdió el contacto con la realidad (empezó a hablar incoherencias y a presentar comportamientos extraños). Por esta razón, sus hijas decidieron llevarla a Barranquilla y acudir al hospital Universitario Centro de atención y rehabilitación Integral en Salud (CARI), Empresa Social del Estado (ESE). Pese al grave estado en el que se encontraba María Romero no fue atendida en el CARI, debido a que requería una remisión para ello. Por lo anterior, la atención se retrasó varios días, hasta que sus familiares obtuvieron una remisión de un médico general del Hospital Departamental Juan Domínguez Romero de Soledad, Atlántico. En el Hospital CARI, la señora María Romero fue finalmente atendida por un psiquiatra quien determinó que presentaba un “episodio de depresión sicótica” y decidió internarla temporalmente en la institución durante aproximadamente todo el mes de enero de 2008.²

Pese a que la señora María Romero fue dada de alta, su familia no recibió orientación o explicación alguna sobre la enfermedad, ni sobre la forma como evolucionaría la misma. La víctima continuó presentando las mismas alteraciones. La primera cita de control le fue asignada para el 19 de febrero de 2008. Días antes de la cita, la señora María Romero presentó una recaída, razón por la cual acudieron nuevamente al Hospital. No obstante en dicha entidad le negaron la atención médica requerida aludiendo que, teniendo en cuenta que la inscripción de Registro de Población Desplazada había sido en el departamento de Bolívar, no la podían atender en Barranquilla por corresponder a otro departamento. Sólo tras realizar varias gestiones en la Defensoría del Pueblo y en Acción Social logró obtener su primera cita de control.

El 6 de marzo de 2008 Ana Milena, hija de la señora Romero, trasladó a su madre al CARI, Unidad de Salud Mental. En el CARI, la trabajadora social negó la atención requerida debido a que no tenía el carné del SISBEN. Ana Milena se comunicó con Acción Social con el propósito de hallar una solución, no obstante, la funcionaria le indicó que debía tramitar un duplicado y dirigirse a Cartagena para buscar asistencia médica en esta ciudad. Teniendo en cuenta lo anterior, la familia de la señora Romero, con el apoyo de la Organización Mujer y Futuro, se dirigió a la Defensoría del Pueblo seccional Barranquilla donde un funcionario les comunicó que la paciente debía ser atendida pero que esta institución no estaba en la capacidad de hacer nada al respecto. Pese a dicha respuesta, posteriormente, una funcionaria de dicha

institución consiguió que la señora Romero fuera atendida de manera inmediata.

María Romero fue atendida por un psiquiatra de turno, después de superar otros obstáculos burocráticos, quien no tardó más de 10 minutos en consulta limitándose a prescribirle medicamentos psiquiátricos. El 18 de marzo de 2008 quiso confirmar una cita con una neuropsicóloga pero se presentaron dilaciones injustificadas. Adicionalmente el encargado de sistemas del hospital le informó a la familia que no la atendería más hasta que presentara el carné del SISBEN. Desde el mes de abril de 2008, María Romero fue trasladada por su familia al corregimiento de El Salado debido a la falta de atención oportuna en salud y porque su hija no cuenta con el dinero y el tiempo para asegurar la estadía de su madre en Barranquilla. En el mes de febrero de 2009, debido a sus condiciones de salud, se trasladaron nuevamente al CARI de Barranquilla, institución que les informó que el pago del carné del SISBEN debe hacerse en el departamento de Bolívar y que debe inscribirse en el Atlántico para poder ser atendida en Barranquilla.”

1. Caso de Juana Cárdenas Ponce.

“La señora Juana Cárdenas Ponce también fue víctima de las dos masacres perpetradas por grupos paramilitares en el corregimiento de El Salado y de tres desplazamientos forzados. Ella y su esposo estuvieron entre el grupo de pobladores que fueron obligados a ir a la cancha de fútbol para que presenciaran las vejaciones y torturas a las que fueron sometidas 46 mujeres entre las que se encontraba la hermana de la señora Cárdenas quien fue la primera mujer asesinada. Así mismo, fue forzada a participar en el “sorteo” mediante el cual los victimarios determinaban quién sería la siguiente víctima. Debido a lo anterior y a los tres desplazamientos sufridos, la señora Cárdenas experimentó gran inestabilidad y dificultad para retomar el control de su vida presente y futura.³

En el año 2002 el esposo de la señora Cárdenas tomó la decisión de retornar a El Salado. No obstante la guerrilla empezó a cometer nuevos crímenes a los que se añadió los abusos de la Infantería de Marina instalada en el pueblo. Esta situación afectó el bienestar emocional de la señora Cárdenas quien presentó episodios de insomnio, depresión, sensación de incertidumbre y vulnerabilidad, además de presentar deterioro en su salud física.

El 05 de octubre de 2006, la señora Juana Cárdenas viajó hasta el Carmen de Bolívar en busca de asistencia médica a través de la IPS Corsalud donde se limitaron a prescribirle

medicamentos para los síntomas somáticos sin ser atendida o remitida por un especialista en psicología o psiquiatría. Posteriormente retornó a El Salado pero su condición psicológica empeoró. Empezó a presentar insomnio, tristeza y desánimo, incluso dejó de comer, razón por la cual, ante la ausencia de asistencia médica en el corregimiento del Salado, tuvo que trasladarse al municipio de Carmen de Bolívar. En Corsalud se limitaron nuevamente a hacerle una evaluación física acreditando el deterioro de salud a la menopausia. No obstante, ante la persistencia de los síntomas la familia de la señora Cárdenas decidió acudir a un médico particular en Corozal, Sucre quien determinó que los síntomas se debían a un estado depresivo. Por lo anterior le fueron prescritos medicamentos para dormir, antidepresivos de origen natural y multivitamínicos.

Para el mes de julio de 2007, la señora Juana Cárdenas únicamente había podido recobrar el sueño pero continuaba con distintos síntomas físicos y emocionales, entonces, decidió acudir a un neurólogo en la clínica privada Soner, en la ciudad de Sincelejo, médico que le diagnosticó una depresión profunda. Este especialista la atiende en la actualidad. Sin embargo, su intervención se ha limitado al tratamiento psicofarmacológico, dejando de lado otros factores psicosociales. Considerando que través del sistema público de salud de la señora Cárdenas no ha recibido la asistencia especializada que ha requerido y que se ha visto en la necesidad de acudir su familia ha redundado en un significativo empobrecimiento, así como en estrés y tensiones que ha afectado a toda la familia nuclear.”

1. Caso de Diana Carmenza Redondo Herrera.

“La señora Diana Redondo fue víctima de dos masacres en el corregimiento de El Salado y de dos desplazamientos forzados. En la masacre del 23 de marzo de 1997 fue asesinada su prima con quien tenía un vínculo muy estrecho. En las masacres del 16 y 21 de febrero de 2000 fueron torturados y asesinados su sobrino y su cuñada ante toda la población, reunida en la cancha de fútbol. Estos hechos la afectaron profundamente. Otro aspecto que causó un fuerte impacto emocional en la señora Redondo fue que los cadáveres de sus seres queridos fueron enterrados en una fosa común localizada frente a la casa donde ellos vivían.

Con posterioridad a estas masacres se vio forzada a desplazarse con su familia al municipio de Carmen de Bolívar. No obstante se vio afectada por nuevos hechos de violencia. La casa en la que vivían en el Carmen de Bolívar fue asaltada por personas presuntamente

vinculadas a grupos paramilitares. Los hombres golpearon a la mamá de la señora Redondo, asesinaron a su hermano materno y a su tío quien fue muerto a golpes con un pizón de tierra. Ante esta situación Diana sus hijos y su esposo se vieron nuevamente forzados a desplazarse hacia Sincelejo.

Como consecuencia de estas experiencias traumáticas, la señora Redondo empezó a experimentar insomnio y episodios sicóticos que le impidieron seguir desempeñándose como madre comunitaria perdiendo su sustento económico. Ante las persistentes crisis, la familia de Diana Redondo acudió al Hospital de Sincelejo. Allí fue atendida por un médico de esta institución quien se limitó a formularle tranquilizantes sin remitirla a un especialista en psicología o psiquiatría. La familia regresó al Carmen de Bolívar pero la evolución de la señora Redondo, pese a que fue tratada por un psicólogo particular pago por la familia, no fue satisfactoria, pues continuaba comportándose de manera extraña, al punto de intentar agredir a su esposo y emprender huidas sin rumbo. Esta situación obligó a la familia a internarla en una institución psiquiátrica donde duró 20 días, luego 13 más y finalmente, hasta mes y medio aproximadamente. En adelante, Diana Redondo debió seguir asistiendo a las citas de control que básicamente se limitaron a la renovación de la fórmula médica de tipo psiquiátrico. Debido a su estado de salud física y mental, en la actualidad se encuentra en el corregimiento de Guaimaral en el Carmen de Bolívar, ya que allí puede estar al cuidado de una hermana quien es auxiliar de enfermería.”

1. Caso de Argénida Rosa Torres de Arrieta.

“La señora Argenida Rosa Torres fue víctima de las dos masacres ocurridas en el corregimiento de El Salado y de dos desplazamientos forzados. En la masacre ocurrida el 23 de marzo de 1997, la señora Torres perdió a su hijo, quien fue asesinado en el parque principal por grupos paramilitares. Su hija narra que, debido a la masacre, se trasladaron a Sincelejo. No obstante la señora Torres empezó a presentar alteraciones, no paraba de llorar y la angustia no le permitía comer ni dormir. Posteriormente, en el mes de octubre de 2008, funcionarios de la fiscalía la contactaron para anunciarle que exhumarían el cadáver de su hijo. Debido a la falta de preparación psicológica, el presenciar la exhumación del cadáver de su hijo, se sumió en un profundo dolor. En tal sentido su hija señaló: “cuando ya estaba aceptado esa pérdida, ese dolor, viene la fiscalía y saca a mi hermano y ella entonces ve como se encontraban los restos... a ella le ha quedado todo eso en la cabeza y desde ahí se

nos ha enfermado, yo pienso que por eso. Ya después le tocó ir a el Carmen para que le tomaran las muestras para la prueba de ADN y además se llevaron el cuerpo de mi hermano, no sabemos en dónde se encuentra ni cuándo lo van a devolver. Entonces ella ha quedado muy malita, está como deprimida, ya después le entra como una desesperación.”

Desde finales del 2008 la señora Torres empezó a sufrir mareos, pérdida del apetito, pérdida de interés en toda actividad, retraimiento, deseo de permanecer la mayor parte del tiempo dormida, ansiedad durante la vigilia, entre otros síntomas. Inicialmente, la familia recurrió a la única enfermera con la que cuenta El Salado. Ella le suministró suero fisiológico y le recomendó buscar asistencia médica en el hospital del Carmen de Bolívar.

La señora Argénida fue atendida en el Carmen de Bolívar, sin embargo el médico de turno se limitó a relacionar su sintomatología con la menopausia, razón por la cual le recetó vitaminas y tranquilizantes. No fue remitida a especialistas en el área de la salud mental.

Teniendo en cuenta que la familia no percibió una mejoría significativa, trasladaron a la señora Torres nuevamente a Sincelejo donde acudió a un médico homeópata pero de nuevo no hubo mejoría, por el contrario, se sumaron nuevos síntomas como pérdida de peso, tristeza y aislamiento. En vista del grave deterioro en la salud de la señora Argénida, su familia decidió acudir a la Unidad Médica Intermediaria San Francisco en Sincelejo, pero no fue atendida por no tener carné del SISBEN. Para ser atendida tuvo que presentar la carta de atención en salud por su condición de desplazada pero sólo tuvo atención de urgencias. En esa oportunidad únicamente le prescribieron medicamentos para mitigar su estado nervioso y para el estreñimiento. Sin embargo la familia tuvo que comprar los medicamentos ya que no fueron suministrados con la carta de atención en salud.

La segunda semana de febrero de 2009, Argénida acudió a la clínica Santa María en Sincelejo pero no obtuvo atención por falta del carné del SISBEN. En vista de los problemas para acceder a la asistencia médica y psicológica con el carné CAJACOP, la hija de la señora Argénida se encuentra adelantando gestiones para vincular a su madre a la EPS Caprecom. Entre tanto, la familia se ha visto obligada a recurrir a medicina alternativa, brujos y espiritistas.”

De conformidad con hechos expuestos, el demandante solicita la protección del derecho a la salud de sus representadas y una orden para que sean atendidas integralmente teniendo en

cuenta sus condiciones especiales de víctimas, con profesionales especializados en las diferentes patologías físicas y psicologías que presenten. Así mismo señaló: “hasta el día de hoy estas mujeres no han recibido tratamientos médicos, psicológicos y psicosociales de manera oportuna y adecuada, siendo necesario exigir judicialmente la garantía del derecho a la salud, que desde una perspectiva integral involucra su derecho a la vida en condiciones dignas y justas. (...) a las accionante se les han practicado exámenes médicos de carácter exclusivamente físico, denegando un tratamiento integral que incluya atención psicosocial, e incluso las han sometido a requerimientos burocráticos, todo lo cual ha redundado en la afectación grave de su derecho a la salud. Además, cabe mencionar que la falta de atención médica adecuada y oportuna a las accionantes, como sujetos de especial protección constitucional por tratarse de víctimas de la violencia sociopolítica, de desplazamiento forzado y como beneficiarias del régimen subsidiado de salud, ha obligado a las familias de las tutelantes, familias de muy bajos recursos económicos, a costear en la medida de sus posibilidades a médicos particulares o, como lo mencionan a brujos y curanderos, en búsqueda de una solución que no es meramente física.”

1. Respuesta de la entidad demandada.

El día veintiuno (21) de julio de 2009, el Ministerio de la Protección Social dio contestación a la demanda oponiéndose a las pretensiones del accionante, con base en los siguientes argumentos:

“De acuerdo con las disposiciones vigentes, la población desplazada por la violencia afiliada a la Seguridad Social en Salud deberá ser atendida por el respectivo asegurador. A su vez, la población en desplazamiento, no afiliada y sin capacidad de pago tiene derecho a la atención en salud en las instituciones prestadoras que integre en su red de prestadores la entidad territorial receptora, por nivel de atención, y de acuerdo con su capacidad resolutive (...). El CNSS mediante acuerdo 0376 de 2007 destinó presupuesto aprobado de la subcuenta Eventos Catastróficos y Accidentes de Transito, ECAT la suma de \$25.000.000.000 y ordenó que se distribuyeran para concurrir a la financiación de la atención en salud de la población desplazada por la violencia no afiliada al SGSSS, sin capacidad de pago.”

1. Decisión judicial objeto de revisión.

El veintinueve (29) de julio de dos mil nueve (2009), el Tribunal Superior del Distrito Judicial

de Cartagena – Sala de decisión Civil de Familia- profirió sentencia denegando la protección de los derechos invocados por el accionante al considerar que: “No obstante los hechos argüidos por el accionante (...) no encuentra la Sala procedente endilgar violación alguna al derecho fundamental a la salud de las accionantes a la entidad encartada, toda vez que si bien afirma que éstas no han recibido la atención integral en salud de acuerdo a su calidad especial de desplazadas por la violencia y a sus graves padecimientos de salud, no se puede pasar por alto que la entidad encargada de la prestación de los distintos servicios de salud no es directamente el Ministerio de la Protección Social.”

La decisión del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cartagena – Sala de decisión Civil de Familia no fue impugnada por ninguna de las partes intervinientes.

1. Pruebas solicitadas por la Corte Constitucional.

Mediante auto del veinticinco (25) de noviembre de 2009 este Tribunal solicitó al Ministerio de la Protección Social y a la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (Acción Social) pronunciarse acerca de las pretensiones que plantea la aludida acción de tutela. Además, solicitó lo siguiente:

- * Indicar el tipo de medidas que han adoptado para prestar apoyo psicológico, psiquiátrico y psicosocial a las víctimas del conflicto armado dentro del marco de prestación integral del derecho a la salud;
- * Informar cómo se garantiza la oferta de servicios de salud y la atención psicológica, psiquiátrica y psicosocial a las víctimas del conflicto armado, así como el contenido y componentes de esa atención;
- * Informar el trámite que deben surtir las víctimas del conflicto armado para acceder a los servicios de salud y apoyo psicológico, psiquiátrico y psicosocial;
- * Informar qué tipo de profesionales atienden a las víctimas del conflicto armado en relación con problemas de tipo psicológico, psiquiátrico y psicosocial;
- * Informar quién debe asumir los costos relacionados con la atención psicológica, psiquiátrica y psicosocial a las víctimas del conflicto armado, incluida la compra de medicamentos especializados;

* Informar cuánto dura el acompañamiento psicológico, psiquiátrico y psicosocial a las víctimas;

* Informar cuáles son los mecanismos que han adoptado para divulgar que las víctimas del conflicto armado tienen derecho a recibir atención psicológica, psiquiátrica y psicosocial; Informar si en la atención psicológica, psiquiátrica y psicosocial se vincula a los familiares de las víctimas.

Finalmente convocó a las organizaciones Casa de la Mujer, SISMA Mujer, Pastoral Social, a la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación, a la Comisión de Seguimiento a la Política Pública de Atención a la Población Desplazada, a la Fundación Dos Mundos, a Plan Internacional, a AFRODES, a la Organización Nacional Indígena de Colombia - ONIC, a AICO y a PAISS para que allegaran a esta Corporación sus consideraciones sobre el tipo de atención en salud física, psicológica, psiquiátrica y psicosocial que consideran necesitan las víctimas del conflicto armado teniendo en cuenta aspectos como la edad, el género, la etnia, y demás condiciones que deban tenerse en cuenta.

Las respuestas de las entidades se resumen a continuación.

1. Respuesta del Ministerio de la Protección Social.

Mediante oficio fechado el quince (15) de diciembre de 2009, el Ministerio de la Protección Social dio respuesta a las preguntas enviadas por la Sala de Revisión. De conformidad con el escrito presentado, las acciones concretas desarrolladas por esta entidad han sido las siguientes:

1. (...) desde el año 2004 ha convocado la revisión, ordenamiento y construcción de una agenda conjunta en materia psicosocial (...). como resultado de este esfuerzo expidió los lineamientos de Intervención Psicosocial con la población en situación de desplazamiento por la violencia en Colombia. Mediante documento técnico de lineamientos el Ministerio de la Protección Social plantea la definición de políticas públicas e instrumentos de política en materia de intervención psicosocial (...)

2. Actualización de lineamientos de Intervención Psicosocial con la población en situación de desplazamiento por la violencia en Colombia. Mediante documento técnico de lineamientos,

el Ministerio de la Protección Social plantea la definición de políticas públicas e instrumentos de política en materia de intervención psicosocial con población en condiciones de desplazamiento forzado.

3. Realización de un documental de difusión del impacto de la Estrategia de Intervención Psicosocial en la voz de las víctimas; documento audiovisual que sirve de material pedagógico y de difusión de lo que significan los impactos psicosociales, los cambios aporte de la estrategia de intervención psicosocial en la voz y vida de las víctimas. (Actualmente en ajustes finales para su difusión).

4. Actualización del Proyecto de Implantación de Proyectos para Población en condiciones especiales- Población Desplazada-, cuyo objeto es la formación consultiva de una política nacional con enfoque psicosocial para atención a víctimas, que fue viabilizado para las vigencias 2009 y 2010 ante el Departamento Nacional de Planeación, solamente con el Objetivo Especifico No.4 que corresponde a la implementación de la estrategia de intervención psicosocial de los Lineamientos del Ministerio de la Protección Social mediante el proyecto de Inclusión Social con Enfoque Psicosocial -ISEP-contratado a ejecutar por el Secretariado Nacional de Pastoral Social-SNPS- en la segunda fase iniciada desde 2008 en municipios y distritos en 30 entidades territoriales.

5. Realización de un Congreso de Inclusión Social con enfoque Psicosocial, Septiembre 2009.

6. Generación de Indicadores de goce efectivo de derechos específicos de la Estrategia de Intervención Psicosocial del MPS.

7. Conceptos Operativos en Psicosocial.

8. Realización de la V Mesa Nacional de Psicosocial (Abril 13 de 2009).

9. Guía práctica para Alcaldes y Caja de Herramientas.

10. Difusión de los lineamientos en el marco de la capacitación de unidades especiales ICBF/OIM.

11. Difusión de la Estrategia de Intervención psicosocial.

12. Diseño del programa de abordaje psicosocial y salud mental siguiendo los lineamientos descritos por las Mujeres en situación de desplazamiento presentados en el Auto 237 de 2008. Dicho programa se implementó en 249 municipios.

En cuanto a la prestación de los servicios de salud, el Ministerio señaló:

“(…) si el desplazado está afiliado al régimen contributivo, la EPS del régimen contributivo financiara el plan obligatorio de salud que está obligado a brindarle (...). La cobertura de servicios en el tema específico de Salud Mental para los afiliados en el Régimen Contributivo, por lo descrito en el Mapipos incluye:

Atención Ambulatoria:

-Consulta Médica General, consulta especializada o siquiátrica, consulta por psicología, terapias para rehabilitación (ocupacional), atención por Trabajo Social y atención Inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias.

Servicios con internación:

-Atención en “Hospital día” preferiblemente, hospitalización en servicio de 24 horas durante fase aguda o si a criterio del médico se requiere cuando el estado del paciente ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares y la comunidad, atención psicológica, terapias para rehabilitación (Ocupacional) y atención por trabajo Social.

Así mismo incluye un listado de medicamentos descritos en el vademécum adoptado mediante Acuerdo 228 del CNSSS.

La cobertura de servicios en el Plan Obligatorio de Salud tiene exclusiones o limitaciones específicas para salud mental como son las mencionadas en las normas vigentes que establecen los contenidos (en términos de actividades, procedimientos e intervenciones en salud y medicamentos) del POS, tanto en el régimen contributivo como para el Régimen Subsidiado, y respecto a la atención de alteraciones mentales solo existe lo dispuesto en el Manual de actividades, procedimientos e intervenciones adoptado mediante Resolución 5261 de 1994, con exclusiones o limitaciones particularmente descritas

(...)

De igual forma, si el desplazado está afiliado al régimen subsidiado, le corresponde a la EPS-S, que lo afilia financiar los servicios del POS-S, y si no está afiliado al Sistema General de Seguridad Social, la atención que requiera debe ser financiada por la entidad territorial del lugar en donde se encuentra el desplazado con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones y los recursos de los convenios que firman las entidades territoriales con la Dirección General de Participaciones y los recursos de los convenios que firman las entidades territoriales con la Dirección General de Promoción Social del Ministerio de la Protección Social.

Según lo dispuesto en el Acuerdo 306, el POSS no incluye atención especializada en Salud Mental o en servicios de mediana y alta complejidad de las afecciones mentales en lo que corresponde al tratamiento, aunque si hay cobertura de procedimientos e intervenciones de promoción y prevención y los de recuperación de la salud (diagnostico o tratamiento) en servicios de baja complejidad (Nivel 1) así como los necesarios en cualquier complejidad para la Rehabilitación funcional. Por tanto en el Régimen Subsidiado el POS solo cubre la atención en salud que pueda brindarse según lo establecido especialmente en el artículo 96 de la resolución 5261/94 y que consiste en:

Atención Ambulatoria:

-Consulta Médica General, atención inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias.

Servicios con internación:

-Atención no quirúrgica u obstétrica por médico general

En lo que respecta al manejo intrahospitalario el artículo 103 de la Res.5261/94, además especifica que el Pos en el primer nivel cubre:

ATENCION NO QUIRURGICA NI OBSTETRICA El servicio de INTERNACION será reconocido en el nivel 1, en habitación compartida y para patologías NO complicadas.

Los servicios médicos podrán prestarse de acuerdo a este nivel por MÉDICOS GENERALES y/o otros profesionales de la salud, cumplirán lo establecido para laboratorio, radiología y otros medios diagnósticos y medicamentos esenciales sin detrimento de la salud integral del

paciente y de los más sanos preceptos de la ética y la profesión médica.

EL MÉDICO GENERAL a quien se haya encomendado la salud del paciente por parte de la E.P.S. y/o I.P.S. “hará la valoración diagnóstica pertinente y establecerá las pautas de cuidado y seguimiento consecuentes”

Por lo anterior podemos decir que, en lo que respecta al tema de Salud Mental, el POSS cubre el manejo ambulatorio y con internación, por parte del médico general y por enfermería no especializada, de patologías mentales no complicadas o que no requieren atención en servicios de mediana y alta complejidad ni consulta por médico especialista o por psicología.

Las personas en condición de desplazamiento sin afiliación alguna al SGSSS, en todo el territorio nacional, se incluyen servicios de atención en salud mental, por psicología y psiquiatría con recursos propios de la oferta de las entidades territoriales y recursos complementarios de la subcuenta ECAT del FOSYGA, transferidos desde el Ministerio de la Protección Social a las entidades territoriales para atención de población no afiliada.

(...)

Para atender la demanda inducida por este trabajo de atención inicial, detección de casos y canalización de problemas y trastornos mentales al sector salud, se adoptó el manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria, propuesto por la (OPS) y se diseñó un diplomado para capacitar a 500 médicos generales que trabajan en instituciones de baja complejidad para atención a mujeres en situación de desplazamiento y sus familias.

Simultáneamente se implementó un Observatorio Nacional de Salud Mental que está siendo operado por la Universidad CES de la ciudad de Medellín que en estos momentos está entrando en operación.

El Decreto 1011 de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los requisitos exigidos para la prestación de servicios relacionados con dicha atención se encuentran en el anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 de 2006, mediante los siguientes criterios de habilitación.

COD

SERVICIO

CRITERIO

1.16

UNIDAD DE CUIDADO AGUDO E INTERMEDIO

EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRIA

Médico psiquiatra, de disponibilidad, enfermera profesional, auxiliar en enfermería presenciales, el control hospitalario debe ser realizado por Médico Psiquiatra en donde exista disponibilidad, en caso contrario puede ser realizado por médico general con entrenamiento certificado, presencial 24 horas. El personal debe tener entrenamiento certificado en el área de salud mental.

1.17

HOSPITALIZACION EN UNIDADES DE SALUD MENTAL O PSIQUIATRIA

Médico psiquiatra, de disponibilidad, enfermera profesional, auxiliar en enfermería, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional. Pueden ser compartidos con otros servicios siempre y cuando el otro servicio no requiera exclusividad o permanencia (esta observación aplica para las unidades de salud mental insertas en hospitales generales). El control hospitalario debe ser realizado por médico psiquiatra en donde exista disponibilidad. En caso contrario puede ser realizado por médico general con entrenamiento certificado, presencial 24 horas. El personal debe tener entrenamiento certificado en el área de salud mental.

1.50

Sicólogo.

1.106

PROMOCION Y PREVENCION

..."Para las actividades de evaluación de riesgos psicológicos y sociales en detección

temprana de las alteraciones del desarrollo del joven contara con profesional en sicología.

Para detección temprana de las alteraciones del Adulto: Médico general....”

Adicionalmente, se adoptaron medidas para la protección de los derechos fundamentales de las mujeres desplazadas por el conflicto armado y la prevención del impacto de género desproporcionado del conflicto armado y del desplazamiento forzado, en el ámbito de la salud mental.

El Ministerio de la Protección Social firmó hace un año un convenio con la Organización Internacional de Migraciones (OIM), para implementar entre otros, el componente de Atención en Salud Mental para 600.000 mujeres y sus familias en los 249 municipios priorizados por la Corte con este propósito.

Para lograr este objetivo, se diseño una estrategia de intervención que en términos generales, podemos resumir de la siguiente manera:

1. Validación de instrumentos de tamizaje para salud mental adaptados a la población de mujeres en situación de desplazamiento y sus familias. Se trata del SRQ para mayores de 15 años, el RQC, para población entre cinco y 15 años, el Apgar Familiar y el Índice de Calidad de Vida, instrumentos propuestos por la Organización Mundial de la Salud y que están validados para Colombia.
2. Diseño de una Ruta de Atención Integral que permite canalizar los casos afectados por problemas y trastornos mentales a los servicios disponibles dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Un rotafolio (sic) que orienta la prestación de servicios del nivel de baja complejidad.
4. Volantes y afiches para distribución masiva.
5. Un manual de primeros auxilios mentales.
6. Un manual de rehabilitación psicosocial basada en la comunidad (RBC).

Paralelo al diseño, publicación y distribución de estos medios de trabajo, se diseño e implemento un diplomado sobre Atención Psicosocial dirigido a mujeres, organización de

mujeres y organizaciones sociales de los 249 municipios seleccionados por el mayor número de población desplazada para la utilización y aplicación de esta tecnología. El diplomado fue contratado dentro del convenio Ministerio de la Protección Social – OIM, con la Universidad el Bosque- Clínica Montserrat y en estos momentos se está finalizando.

En cuanto a la duración de la atención en salud mental, esta fluctúa desde intervenciones de primeros auxilios mentales, intervención breve y consejería para los casos de menor afectación hasta la necesidad de tratamiento psiquiátrico tanto psicoterapéutico como farmacológico que en algunos casos puede durar varios años e inclusive requerir tratamiento indefinido, cuando se han producido o exacerbado trastornos mentales crónicos graves.

1. Respuesta de la Defensoría del Pueblo.

Dentro del término fijado para ello, la Defensoría del Pueblo envió a esta Corporación un documento que contiene las siguientes observaciones:

“1. La atención en salud física y mental se restringe en la medida en que los procedimientos del POS impiden la atención terapéutica en un mediano o largo plazo, esto es, en casos en los que se ha evidenciado la necesidad de intervenciones encaminadas a la rehabilitación.

2. Algunas organizaciones no gubernamentales y fundaciones vienen proporcionando atención psicológica a las víctimas, reemplazando la responsabilidad de las instituciones estatales que, por misión, deben desarrollar programas para la atención especializada de la población vulnerable por los efectos del conflicto armado interno.

3. La Comisión Nacional de reparación y reconciliación (CNRR) ha venido promoviendo un trabajo encaminado a la inclusión de los sujetos colectivos en estrategias comunitarias de reconstrucción de tejido social, a través del concurso de los llamados pares comunitarios formulada y puesta en marcha por la unidad en atención a su mandato de asistir a las víctimas establecido por la ley 975 de 2005 o Ley de Justicia y Paz.

4. En diversos espacios interinstitucionales se ha evidenciado la ausencia de programas específicamente diseñados por el Ministerio de la Protección Social para la atención en salud física y mental y el trabajo psicosocial con víctimas del conflicto; solo se tiene conocimiento

de un programa de atención psicosocial para la población desplazada, lo que deja de lado el resto de las víctimas que constituyen el universo de ellas afectado por el conflicto armado.

No obstante, es importante resaltar el trabajo de las Unidades Móviles de atención a víctimas de desplazamiento forzado del ICBF y el programa de atención a víctimas de la violencia de la Alcaldía de Medellín.

5. Muchas víctimas no se encuentran vinculadas al Sistema de Seguridad Social en Salud, lo que implica una importante barrera de acceso que afecta directamente su derecho a una rehabilitación como importante componente de la reparación integral. Esto ha implicado la necesidad de realizar algunas remisiones por parte de los psicólogos orientadores a algunas organizaciones no gubernamentales con amplia experiencia en el trabajo con víctimas.

6. Es importante precisar que desde la Defensoría del Pueblo, la Estrategia Psicojurídica diseñada y puesta en marcha por la Unidad de Atención Integral a Víctimas, responde a todo un contexto de orientación con enfoque psicosocial, pero se restringe a la orientación psicojurídica, como parte fundamental de ese gran enfoque. La orientación psicojurídica no pretende agotar las posibilidades de intervención psicosocial, pero complementa sus propósitos.

7. Desde el campo de las responsabilidades estatales, las labores de carácter terapéutico pertenecen a desarrollos institucionales en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS y posibilite la superación de las barreras de acceso y calidad, especialmente en materia de salud mental. Las víctimas del conflicto armado, por su condición de vulnerabilidad, tienen derecho a servicios de atención psicológica y psiquiátrica que con las herramientas, los profesionales preparados y la capacidad institucional, respondan a la presencia de afectaciones emocionales y posibles trastornos que deban ser objeto de una intervención adecuada, por este motivo las remisiones se constituyen en un procedimiento más que adecuado, pertinente para casos que merecen especial atención. No obstante, debe existir una política que garantice la provisión de servicios en salud física y mental y atención psicosocial a las víctimas, que desde los lineamientos y orientaciones del Ministerio de la Protección Social, sea desarrollada por los entes territoriales.

8. La labor pericial, por su parte debe ser desarrollada en los momentos que correspondan dentro de los procesos jurídicos y por parte de profesionales de la salud mental que cuenten

con la información y la experiencia particular de ese tipo de labores. La labor del psicólogo orientador en la Estrategia Psicojurídica es siempre la de dejar de presente en el registro de entrevista los indicios de posibles daños inmateriales (morales y psicofisiológicos) que den luces en la representación judicial, para, para solicitar a los profesionales que corresponda, las periciales que sean pertinentes, profundizando con base en lo registrado en el acercamiento inicial del psicólogo orientador.

7. La Agencia Presidencia para la Acción Social y la Cooperación Internacional (Acción Social) no se pronunció sobre el asunto.

I. INTERVENCIONES.

1. Corporación Vínculos.

La Corporación Vínculos, institución que desarrolla acciones de acompañamiento psicosocial a población afectada por la violencia social y política en Colombia, señaló, en primer término, que “limitar la situación de las personas que han sido víctimas de hechos de violencia socio política a síntomas psiquiátricos o psicológicos, no solo desconoce el contexto en el cual éstos se presentaron, adicional a ello, desconoce la responsabilidad de los actores que perpetran los hechos de violencia socio política. De lo anterior se deriva la necesidad de efectuar el análisis a partir de un enfoque psicosocial. En tal sentido esta Corporación sostuvo:

“La perspectiva psicosocial favorece la comprensión de la particularidad de la población víctima de la violencia sociopolítica y el reconocimiento de sus múltiples contextos sociales, culturales y políticos como ámbitos en los que se construye y deconstruye la identidad y el mundo emocional, experiencial y explicativo, los cuales son constituyentes de la realidad que se vive y son al mismo tiempo susceptibles de transformación.

En ese sentido, es necesario considerar la caracterización psicosocial de cada persona y de cada población, la cual integra la mirada psicológica y la relacional- social para la identificación de los daños, transformaciones y pérdidas ocasionados por los hechos violentos de los que fueron víctimas en el contexto de la violencia sociopolítica que vive Colombia.

La mirada psicosocial desde la categoría identidad integra aspectos diferenciales como

género, generación o ciclo vital, tipo de hecho violento, respuesta institucional y social, tipo de pérdidas sufridas y condiciones sociales y políticas de la persona víctima y tiempo, pues estos se constituyen en el contexto para reconocer la particularidad de cada persona o grupo.

En un primer ámbito, la afectación emocional, se contemplan los escenarios emocionales en los que se encuentran las personas que han sido víctimas, y las narrativas o historias que tienen sobre sí mismas a partir del hecho violento.

Un segundo ámbito tiene que ver con la afectación relacional y se refiere a que la identidad es construida con los otros/as en la familia, la sociedad y la cultura, y en la medida que esto sea abruptamente violentado, a raíz de un hecho violento, cambia también y afecta la identidad individual y colectiva. Este aspecto contempla una comprensión en los cambios en las relaciones y en el ámbito cultural.

Como tercer ámbito, se propone una exploración de la afectación de los derechos de las víctimas, con el fin de identificar la construcción cultural y política de la persona como sujeto de derechos, acerca de sí misma y de su rol frente a los otros/as.

La revisión de las afectaciones emocional, relacional y de derechos, desde la categoría de identidad, nos brinda la posibilidad de obtener una mirada compleja sobre los efectos psicosociales que observamos en las familias y personas, teniendo en cuenta el contexto y el tipo de hecho violento del cual han sido víctimas.

Teniendo en cuenta lo anterior, una consecuencia fundamental de la perspectiva psicosocial es la despatologización de los individuos gracias a su visión hacia los contextos, la cual también amplía las alternativas de acción en ámbitos comunitarios de apoyo, al romper la idea clásica de la atención psicológica o psiquiátrica de consultorio circunscrita al mundo cotidiano.

Así, consideramos fundamental que el acompañamiento a las personas víctimas de hechos de violencia socio política se realice desde una perspectiva integral e interdisciplinaria, dado que la situación en la que se encuentran las personas después de atravesar este tipo de hechos, son reacciones propias de cualquier ser humano sometido a circunstancias que rompen toda noción de la realidad, por lo que la atención requerida, implica una comprensión

compleja y multiaxial de su situación, más que lineal.

En cuanto a las secuelas emocionales y de salud mental que padecen este tipo de víctimas señaló:

“Los diagnósticos que se encuentran en las víctimas de la violencia son indicativos del sufrimiento emocional que han atravesado las familias a partir de los hechos violentos y de los sucesivos momentos de revictimización que han vivido. Se trata en su gran mayoría de enfermedades de tipo metabólico, es decir, relacionados con el procesamiento de sustancias internas y externas que afectan el funcionamiento de órganos o sistemas en el cuerpo.

Esta característica particular da cuenta escenarios emocionales marcados por el congelamiento del dolor, la tristeza, la rabia y otras emociones experimentadas por las familias desde el momento de los hechos, que se mantiene en las familias como un presente continuo, al punto que la construcción de su historia vital y las narraciones de esa historia, en su mayoría ubican como centro, punto de partida y de regreso los hechos violentos. Lo que se quiere destacar es que la imposibilidad de procesar las profundas emociones y las huellas que dejaron los hechos violentos en las familias, lo no dicho por ellos y ellas, se expresa finalmente a través del cuerpo. Otro grupo de enfermedades que afectan de manera significativa la vida de las familias víctimas, son las enfermedades mentales directamente relacionadas con el impacto emocional de los hechos violentos en cada uno de ellos y ellas.

Finalmente es importante enfatizar que la mirada psicosocial señala la pertinencia de intervenciones terapéuticas y grupales que faciliten una re- significación del dolor a partir del contexto anormal que lo generó: la violencia socio-política y se distancia de la patologización de las víctimas por medio de rótulos y diagnósticos. La perspectiva psicosocial orientan la transformación del contexto político, social y cultural para favorecer la mitigación del daño en la víctima, el cambio no es solo individual en tanto el daño sufrido es también colectivo.”

1. Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación (CNRR)

La Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación (CNRR) señaló las siguientes recomendaciones realizadas por el Área de Reparación y Atención a Víctimas, con el apoyo del Área sobre Género y poblaciones Específicas, respecto a la atención psicosocial que

requieren las víctimas del Salado.

- Consideraciones especiales del caso: Diana Carmenza Redondo, Argénida Torres, María Romero y Juana Cárdenas.

1. La atención terapéutica, psicosocial y médica de las víctimas no puede supeditarse sólo a los procesos de reparación individuales y colectivos o a la materialización de las vías Judicial o Administrativa que contemplan los marcos de Ley 975 de 2005 ó el Decreto 1290 de 2008, por que éstos son procesos en cuya duración puede potenciarse la complejidad de la afectación psicológica. La atención psicosocial ante todo debe garantizarse obedeciendo a las necesidades que presentan las víctimas en calidad de ciudadanos, reconociendo además la prioridad de la atención teniendo en cuenta las condiciones de vulnerabilidad que exigen especialización en la provisión del derecho a la salud física y mental de las solicitantes, en tal caso las condiciones de vulnerabilidad sobresalen con la condición de víctimas.

2. La inatención psicológica o aplazamiento de la misma, deriva en graves consecuencias a nivel mental, toda vez que las características de la psicopatología evolucionan presentándose con mayor severidad, cronicidad o desarrollando diagnósticos de mayor complejidad. Si bien existe una relación causal entre el hecho violento y la afectación psicosocial, la inatención liga la severidad de los daños y el pronóstico de la psicopatología no solo a los hechos violentos, sino a la ausencia de mecanismos para la atención oportuna.

3. El abordaje psicosocial debe profundizar en las características de personalidad y del desarrollo de las víctimas y propender por el reestablecimiento emocional ligado a la etapa del ciclo vital y la edad de las solicitantes de la atención.

4. Es importante que se faciliten los mecanismos de acceso para recibir tratamiento psicológico por parte de las víctimas, relativo al transporte y cercanía con los profesionales competentes para la atención.

5. Cuando se requiera atención mediante psicoterapia. Se entenderán como competentes los profesionales en psicología clínica, con conocimientos y experiencia en atención a víctimas, ya que las características de la afectación psicológica no pueden ser tratadas lejos del contexto que produce la afectación.

6. Se reconoce que la atención no puede priorizar características diferenciales como elemento de discriminación, sino integrar el enfoque diferencial desde la perspectiva holística. Esto quiere decir que los abordajes especializados en desplazamiento forzado por sí solos son insuficientes, así como los especializados en mujer o en etnia de manera independiente. Se debe promover un abordaje integral, que considere las variables de etnia, género, tipo de victimización y edad como parte de la integralidad de los objetivos de la intervención psicológica y del acompañamiento terapéutico. Es decir que éstas cualidades deben considerarse dentro de los objetivos de tratamiento, pero no subrayarse aisladamente.

7. Si se requiere tratamiento psiquiátrico, las víctimas deben estar en capacidad de acceder a él e incluir siempre el abordaje multidisciplinario de la atención, es decir que se integren en el proceso las perspectivas médica-farmacológica, clínica-terapéutico y la de acompañamiento al colectivo social.

Consideraciones generales

“(…)

7. Son insuficientes también las respuestas en atención a poblaciones que se centran casi exclusivamente en la reconstrucción material y satisfacción de las necesidades básicas.

8. La CNRR y en particular, el área de Reparación y Atención, considera que ésta falta de consideración y reconocimiento de los daños individuales y colectivos generados por los conflictos contribuyen a la perpetuación del sufrimiento de los individuos y las comunidades y esta dificultando los procesos encaminados a habilitar a los grupos individuos y a los colectivos sociales para el disfrute de los recursos que se disponen como atenciones de emergencia, proyectos productivos o medidas de restitución.

10. Para su atención, en este sentido, es necesario el establecimiento de lazos de confianza con las mujeres, con un acompañamiento en el proceso para que los crímenes no se queden en la impunidad. Es necesario, entonces, que se tome en consideración la existencia del silencio inicial al que conllevan estos tipos de crímenes, este silencio sólo se vence con el establecimiento de relaciones de confianza. Esta, sólo se logra cuando la víctima de este tipo de violencia cuenta con el personal⁴ y el espacio (infraestructura) adecuado para su

tratamiento”.⁵

1. Corporación AVRE (Acompañamiento Psicosocial y Atención en Salud Mental a Víctimas de Violencia Política.)

La Corporación AVRE, institución no gubernamental constituida con el propósito de desarrollar procesos interdisciplinarios en la atención psicosocial y en salud mental, intervino en el proceso mediante oficio fechado el 27 de noviembre de 2009 aportando, entre otras, las observaciones que se exponen a continuación:

“La salud mental es un campo dinámico, multidimensional y complejo, en el que confluyen múltiples elementos: la salud, la enfermedad, los problemas, las resistencias y acomodaciones, el bienestar y malestar emocional y las relaciones sociales. Es indispensable para el desarrollo humano y social, pues media en la generación de capital social, cultural, simbólico y económico, y posibilita el reconocimiento, garantía, ejercicio y restitución de derechos, por tanto, la salud mental representa un bien colectivo e individual de naturaleza simbólica, emocional y relacional.⁶ La salud mental, a nivel personal y comunitario, genera una sensación de seguridad, previsibilidad de lo que ocurrirá en su futuro, control sobre las propias acciones, respeto, dignidad y capacidad de adaptarse a las adversidades.⁷

Así es que, en sentido positivo la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un sujeto y su comunidad. Es más, la OMS señala que: “diferentes tipos de evidencia sugieren que la salud mental y/o sus determinantes se pueden mejorar en conjunto con cambios planificados o no planificados en el ambiente social y físico... [esto] sugiere la necesidad de monitorear los efectos que los cambios sociales, económicos y ambientales de cualquier país ejercen sobre la salud mental”.⁸

Según la OMS,⁹ el valor de la salud mental debe ser considerado en diversas formas interrelacionadas:

es esencial para el bienestar y funcionamiento de los individuos,

es un recurso importante para individuos, familias, comunidades y naciones,

implica la capacidad para mantener relaciones mutuamente satisfactorias y duraderas,

como parte indivisible de la salud general, contribuye a las funciones de la sociedad y tiene un efecto sobre la productividad general,

abarca a todas las personas ya que se genera en la vida cotidiana en el hogar, la escuela, el sitio de trabajo y las actividades recreativas.

Gostin,¹⁰ en consonancia con la OMS, sugiere que la promoción de la salud mental requiere un ambiente que respete y promueva los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos. Sin la seguridad y la libertad relacionadas con dichos derechos es muy difícil mantener un nivel aceptable de salud mental.

La vivencia de hechos violentos genera fuertes impactos en la subjetividad de las personas, afecta los marcos de referencia (creencias) respecto a sí mismas y su estar en el mundo, y en la constitución organizativa y simbólica de las comunidades, generalmente se producen serias afectaciones en la salud y daños graves a la integridad mental de quienes se constituyen como víctimas, que asumen distintas particularidades dependiendo del contexto social y cultural de la persona víctima.¹¹

El psicoanalista Bruno Bettelheim, considera que para comprender la condición extrema del trauma psíquico ocasionado por la violencia, se debe reconocer el componente histórico y sociopolítico. La sensación de amenaza vital o de vivir al límite genera vivencias desestructurantes que producen daño. El psicoanalista Masud Khan agrega a lo dicho que el trauma psíquico es acumulativo en casos como los que nos conciernen, en que han ocurrido diferentes eventos en el tiempo, no necesariamente traumáticos, que pueden estar vinculados a otro tipo de relaciones, pero que al acumularse provocan un quiebre en el sistema de creencias del individuo. Consideramos que esto es lo que ocurre en condiciones en que la reparación no es integral y se limita a la prestación de un servicio asistencial, que coloca a la víctima en condición de paciente o usuario y no de sujeto de derechos con una biografía particular inmersa en la historia de un colectivo. Hans Keilson, realza este enfoque al enfatizar en la dimensión política de los efectos de la violencia, afirma que el uso de las estructuras de poder y dominación puede inhibir la respuesta social y originar una sensación de fatalidad, así introduce la condición histórica del trauma colectivo y sugiere que la violencia recurrente dirigida a comunidades y colectivos, puede a largo plazo producir trastornos transgeneracionales, haciendo del trauma un proceso secuencial con serias

consecuencias individuales y colectivas aunque haya desaparecido el evento traumático.^{12,13, 14}

En Latinoamérica, con los aportes de Elizabeth Lira, Marcelo Viñar, Moty Benyakar y otros especialistas en estos temas, entre los que destaca el psicólogo social salvadoreño Ignacio Martín-Baró, se ha configurado la categoría de Trauma Psicosocial, que da cuenta del trauma estructural sufrido por un colectivo afectado por la violencia, en el que confluyen factores socioeconómico, sociopolíticos y psicosociales, que se mantienen y se modifican en el tiempo. Martín-Baró, considera que las características de los grupos y la clase social de referencia hacen que las manifestaciones del trauma sean diferentes en cada caso, pero recalca que no es posible desligar el sujeto individual del sujeto social. El trauma individual debe entenderse como una condición subjetiva inmersa en el trauma colectivo, de naturaleza psicosocial, y por tanto cada sujeto elabora su trauma dependiendo de las características de su entorno, las redes sociales a las que pertenece y la realidad histórico-social que le determina. La causalidad estructural de la violencia posiciona el trauma mucho más allá de la práctica, de manera que una resolución verdadera del trauma psicosocial se producirá sólo en los marcos de las relaciones sociales.^{15, 16}

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

Las Víctimas y la Salud Mental

Los contextos en los que se producen violaciones a los derechos humanos están marcados por situaciones de opresión, abuso de poder e imposición de normas mediante la implantación de mecanismos violentos. En estos escenarios las víctimas deben asumir comportamientos caracterizados por la indefensión y el cuestionamiento de sus pensamientos, sentimientos, y creencias y deben enfrentar la destrucción de sus tejidos sociales y los elementos culturales, ideológicos, educativos y políticos que los caracterizan.

La comunidad se configura como el punto de referencia desde el cual las personas se significan y se identifican. En lo comunitario se construyen símbolos y signos de pertenencia y lenguajes compartidos por sus miembros, siendo lo comunitario más que la suma de las personas que le componen, la afectación a lo comunitario deja en el vacío a las víctimas, quienes ya no cuentan con una construcción simbólica de referencia que les permita significar sus vivencias.

La pérdida de líderes y autoridades debilita y fragmenta la organización social. Igualmente se pierde la identidad asignada al cumplimiento de determinados roles o funciones dentro del grupo, se alteran los valores y normas de convivencia y las expectativas de desarrollo económico, político y social. Asimismo, se pierden tradiciones y prácticas culturales y religiosas y se destruyen o cambian de significación lugares sagrados como las iglesias, las plazas, las casas culturales, especialmente si se asocian con la ocurrencia de los hechos violentos.

Además, de la fragmentación o el debilitamiento comunitario, se producen afectaciones a nivel familiar por los cambios en los roles y la participación en la generación de ingresos, las alteraciones en los sistemas de comunicación intrafamiliar, y la movilización de sentimientos negativos como la culpa; todas estas afectaciones van más allá de los daños materiales ocasionados.

Se resalta que, de manera independiente a la existencia o no de patología mental, las víctimas de la violencia sufren un daño individual y colectivo en el sistema de creencias que permiten el desenvolvimiento de las personas en sus contextos:

Se trastoca la creencia de invulnerabilidad y de control sobre la propia vida; la sensación de tener control sobre lo que se decide y de no merecer ser lastimado o castigado.

Se pierde la confianza en los otros y en la bondad del otro; se controvierte la noción de que los otros son buenos y tienden a ayudarnos y a apoyarnos.

Se afecta la empatía como capacidad de ponerse en el lugar del otro.

Se altera la confianza en el carácter controlable y predecible del mundo; se rompe la creencia de que vivimos en un mundo ordenado y predecible donde los hechos son

controlables y donde hay unas reglas que adecuadamente utilizadas llevan a consecuencias anticipadas^{17,18}.

También son relevantes las afectaciones emocionales, particularmente la vivencia de traumas, duelos complicados, surgimiento de síntomas asociados con trastornos de ansiedad y del estado del ánimo, sensación de culpa por lo que se hizo o se dejó de hacer, incluso por ser sobreviviente y no haber logrado salvar a los que murieron, entre otros impactos. Los procesos de duelo son especialmente complicados en casos de masacres, tortura, desaparición forzada y ejecuciones extrajudiciales.

Todo lo anterior ha sido constatado por las Cortes Internacionales, que han ido reconociendo la gravedad de los impactos psicosociales como consecuencia de las graves violaciones a los derechos humanos. Los Tribunales Internacionales de Ruanda y la ex Yugoslavia, reseñan que se produce un daño grave a la integridad física y mental como consecuencia de delitos de lesa humanidad y situaciones que le generen miedo y terror extremos¹⁹ como: tortura física o psicológica, tratos inhumanos o degradantes, violaciones sexuales,^{20,21} persecución;²² esclavitud, privación de comida, deportación y detención de individuos en guetos, campos de tránsito, y campos de concentración en condiciones dirigidas a degradar, a privar a las personas de sus derechos como seres humanos, a exterminarlas y a infligirlas sufrimientos inhumanos y actos de tortura;²³ y el daño causado a terceros por presenciar como dañan a otros, especialmente cuando se trata de familiares o amigos.²⁴

En la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) también se han producido pronunciamientos de significativa relevancia refiriéndose a categorías como Daño Inmaterial (que no supone afectación patrimonial o de carácter pecuniario)²⁵, daño moral, daño al proyecto de vida, afectación a la integridad física o mental, o de valores con profundo significado para las víctimas, haciendo referencia al dolor, sufrimiento y angustia producidos tanto por los hechos violentos como por los contextos de impunidad, además de la frustración de las víctimas por ver alteradas sus expectativas de vida y sus potencialidades y la pérdida de oportunidades de desarrollo personal.

En las Sentencias proferidas por la Corte IDH contra el Estado de Colombia, por los Casos 19 Comerciantes,²⁶ Gutiérrez Soler,²⁷ Mapiripán,²⁸ Pueblo Bello,²⁹ Ituango,³⁰ La Rochela,³¹ Valle Jaramillo,³² se ha ordenado, como medidas de reparación (rehabilitación y

satisfacción), la atención médica y psicológica inmediata y gratuita a través de instituciones de salud especializada, el tratamiento por el tiempo que sea necesario, incluida la provisión de medicamentos a las víctimas y/o sus familiares, además, la Corte IDH ordena asegurar que el tratamiento psicológico sea acorde con las necesidades particulares de cada persona de manera que incluya procedimientos colectivos, familiares e individuales, según lo que se acuerde con cada uno de ellos después de una valoración individual. En estas sentencias se ha demostrado que las víctimas no han contado con atención oportuna y adecuada para las serias afectaciones psicosociales que han tenido como consecuencia de los distintos hechos violentos que las han victimizado y las situaciones de impunidad y vulnerabilidad a las que han sido expuestas, este servicio no ha sido cubierto siquiera con los mínimos requeridos por instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud, lo cual da cuenta de una constante violación de los derechos a la vida digna, la integridad y la salud de las víctimas en Colombia.

Se espera que las órdenes dadas por la Corte IDH impacten directamente sobre la salud mental de las víctimas y/o sus familias, sin embargo, las otras medidas de reparación también generan un efecto sobre las condiciones psicosociales de las víctimas, pues las medidas de indemnización, restitución, satisfacción y garantías de no repetición, afectan el entorno de las víctimas y por tanto los determinantes de su salud. Es importante aquí mencionar que en todos los casos citados la Corte IDH ordena la investigación efectiva de los hechos, con el fin de juzgar y sancionar a los autores materiales e intelectuales de las violaciones cometidas, como medida de satisfacción, lo que relaciona directamente los daños inmateriales (moral, en el proyecto de vida) con los procesos de verdad y justicia.

Las situaciones traumáticas que han vivido las comunidades generan distintos tipos de impactos en la memoria individual y colectiva y distintas consecuencias psicosociales,³³ pues por ejemplo, las masacres realizadas con suma crueldad y cuyas víctimas no recibieron apoyo social y estatal oportuno y suficiente, o no pudieron ver reconocido su dolor y su tragedia presentan impactos diferentes a quienes han podido conservar identidad, que han tenido reconocimiento de su situación y que pueden obtener apoyo económico y psicosocial³⁴, lo que puede dar cuenta de la cronicidad y severidad de las afectaciones psicosociales de las víctimas que presenciaron las masacres y demás hechos violentos en El Salado, donde la estigmatización social y la pérdida de identidad fueron inexorables.

Los escenarios de impunidad se convierten en revictimizantes especialmente cuando se duda del testimonio de la víctima, se le trata de forma poco digna, se le expone a nuevos episodios violentos, lo que incluye las amenazas u hostigamientos por su participación en procesos judiciales, o se obstaculiza su acceso a la justicia y la garantía de sus derechos. Las víctimas esperan que se dé una respuesta estatal frente a su situación, sin embargo, muchas veces encuentran que no sólo no existe dicha respuesta sino que el Estado mismo es su agresor y victimario.³⁵

Al no contar con un responsable identificado y judicializado, las acciones recaen sobre las mismas víctimas, quienes pueden sentirse responsables y autoculparse por los hechos y por el dolor y sufrimiento de sus seres queridos. El silencio impuesto por la falta de garantías y por la posibilidad de nuevas agresiones hace que no se cuente con un espacio para validar las interpretaciones que se tienen de los hechos, elaborar sus impactos emocionales y socializar las experiencias para generar estrategias de sanción social y no repetición.

La ausencia de justicia impide que se investiguen los hechos, se juzguen y por consiguiente los autores, tanto materiales como intelectuales, cumplan con una condena y las víctimas reciban una reparación por el daño causado. La impunidad es vivida por las víctimas como un nuevo escenario traumático, que produce nuevos daños, agudiza o cronifica los ya existentes.

Se espera que la justicia permita construir nuevas narrativas frente a los hechos violentos, en la que se cuenta con una explicación alternativa de su ocurrencia y se identifican unos responsables del dolor y de los hechos. La justicia permite la cohesión grupal, la validación y socialización de la historia, tener una visión más crítica del mundo y tener la posibilidad de demandas de reparación³⁶. La ausencia de justicia dificulta la reconstrucción del espacio social y la reconfiguración de normas de convivencia, con las consecuentes afectaciones en términos de salud mental.

Especial Situación de Vulnerabilidad Psicosocial de las Mujeres Víctimas

En situaciones de conflicto armado, los patrones de género, marcados por las relaciones patriarcales y androcéntricas, se ven potenciados y consecuentemente, la discriminación, exclusión, marginalización y violencia de género preexistentes son exacerbadas y profundizadas. Esto implica reconocer que por causa de su condición de género, las mujeres

están expuestas a riesgos particulares y vulnerabilidades específicas dentro del conflicto armado, y que a su vez, este genera un impacto diferencial y agudizado sobre las mujeres.

La Corte Constitucional en el Auto 092/0837 ha reconocido la especial vulnerabilidad de las mujeres víctimas, especialmente aquellas que han sido desplazadas forzosamente por causa de la violencia sociopolítica, quienes debido a las consecuencias del desplazamiento se ven enfrentadas a situaciones que potencian las distintas violaciones de sus derechos en una manera desproporcionada.

En materia de Salud Mental, la Corte señala que las mujeres víctimas tienen especiales requerimientos de atención y acompañamiento psicosocial, que se han visto “gravemente insatisfechos”, pues en el contexto del desplazamiento forzado han tenido que “afrentar a nivel emocional y psicológico tanto (i) el dolor y los traumas derivados de haber sufrido los diversos actos de violencia a los que están expuestas –muchas veces sobre su propia persona, otras veces contra sus familiares cercanos, allegados o conocidos, a menudo en su presencia-, como (ii) los efectos psicosociales derivados de la pérdida de sus estructuras familiares y la ruptura de sus redes comunitarias de sustento, seguridad y protección, de los cambios abruptos en sus responsabilidades y roles familiares como nuevas proveedoras de familias transformadas en monoparentales, así como de los cambios en su lugar geográfico de residencia, y de la erosión de sus factores de identidad personal, y (iii) las angustias y preocupaciones propias de la necesidad de ubicarse y reconstruir sus proyectos vitales y sus medios de subsistencia, en espacios ajenos, a menudo urbanos, que les resultan por completo desconocidos, y en los que no cuentan con redes de apoyo social o económico para sí ni para sus familiares”.³⁸

Y continúa: “La precaria situación psicológica derivada de estas circunstancias contribuye a potenciar la situación de mayor vulnerabilidad de las mujeres desplazadas, ya que los diversos traumas psicológicos que deben enfrentar se transforman en un obstáculo para el adecuado restablecimiento de sus derechos y su reintegración al medio social receptor”.³⁹

El Auto 092/08 da cuenta además de otros factores de riesgo psicosocial como la ausencia o débiles medidas de protección, la impunidad y el desempoderamiento de las mujeres afectadas por la violencia y el desplazamiento, las precarias condiciones económicas a las que se ven expuestas debido al desplazamiento, la marginalidad, la estigmatización y

señalamiento social y la inexistencia o poca adecuación de programas estatales con perspectiva de género que atiendan las necesidades propias de las mujeres.

En este escenario las mujeres generalmente posponen la elaboración del duelo y los impactos emocionales derivados de los hechos violentos que han vivenciado ellas, sus familias y sus comunidades, lo cual se revierte en términos de salud mental: bienestar, participación y producción de capital social y económico, y garantía integral de derechos.

Es así que la Corte se pronuncia frente a la inminente necesidad de acompañamiento y atención psicosocial de las mujeres víctimas, señalada en distintos informes, por ejemplo, por Amnistía Internacional y la Mesa de Mujer y Conflicto Armado, y afirma: “Ante esta Corporación se ha demostrado por numerosas fuentes que las mujeres desplazadas por la violencia requieren, en forma urgente, oportuna e idónea, atención y acompañamiento psicosocial para superar los diversos traumas inherentes a su situación, reconstruir sus proyectos de vida, cumplir con sus frecuentes obligaciones como proveedoras de núcleos familiares, y adaptarse e integrarse a su nuevo entorno”.⁴⁰

Planteando este panorama, la Corte determina que uno de los 13 programas específicos ordenados por el Auto 092/08 sea el de “Acompañamiento Psicosocial para Mujeres Desplazadas”, cuyo diseño y validación se encuentra en trámite y pendiente para la posterior implementación.

La salud mental, como ya se ha dicho, debe reconocerse como una condición indispensable para que las personas accedan a sus derechos. Es así que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en la Recomendación General N° 24 de 1999,⁴¹ referida al Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW): “La Mujer y la Salud” resalta que: “debe prestarse especial atención a las necesidades y los derechos en materia de salud de las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables y desfavorecidos como los de las emigrantes, las refugiadas y las desplazadas internas, las niñas y las ancianas, las mujeres que trabajan en la prostitución, las mujeres autóctonas y las mujeres con discapacidad física o mental”.⁴² Más adelante señala que los Estados partes, como es el caso de Colombia, tienen la obligación de: “[...]velar por que las mujeres en circunstancias especialmente difíciles, como las que se encuentren en situaciones de conflicto armado y las refugiadas, reciban suficiente protección

y servicios de salud, incluidos el tratamiento de los traumas y la orientación pertinente”.⁴³

1. Organización Sisma Mujer.

La organización no gubernamental Sisma Mujer, que trabaja por la promoción, defensa y protección de los derechos humanos de las mujeres en Colombia aportó las siguientes consideraciones, desarrolladas desde un enfoque diferencial y con perspectiva de género.

“Necesidad de garantizar la atención integral, adecuada y oportuna de la salud mental de las mujeres víctimas que incluya un enfoque de género.

Las mujeres víctimas en razón del género y del impacto desproporcionado del conflicto armado, se ven abocadas a factores de precipitación de afectaciones mentales las cuales no reciben adecuada atención terapéutica ni acompañamiento psicosocial para su superación.

Las mujeres víctimas del conflicto armado que se han visto forzadas a desplazarse, en una alta proporción de los casos desde áreas rurales o marginales del país, además de (1) verse abocadas a situaciones de pobreza y marginación económica en los sitios de recepción (...) (2) deben afrontar a nivel emocional y psicológico tanto (i) el dolor y los traumas derivados de haber sufrido los diversos actos de violencia a los que están expuestas (...) como (ii) los efectos psicosociales derivados de la pérdida de sus estructuras familiares y la ruptura de sus redes comunitarias de sustento, seguridad y protección, (...) y (iii) las angustias y preocupaciones propias de la necesidad de ubicarse y reconstruir sus proyectos vitales y sus medios de subsistencia, en espacios ajenos, a menudo urbanos, que les resultan por completo desconocidos, y en los que no cuentan con redes de apoyo social o económico para sí ni para sus familiares”.⁴⁴

Ellas se han visto expuestas a graves situaciones marcadas por la violencia, la discriminación y la exclusión que en sí mismas constituyen hechos traumáticos que requieren elaboración para así favorecer el proceso de reconstrucción del proyecto de vida. Las mujeres víctimas tienen fuertes necesidades de atención en salud mental debido a las presiones y cargas psicológicas derivadas de esta condición, aunadas a la ruptura de los imaginarios sociales, redes de apoyo sociocultural y a la experiencia de la pobreza y la violencia, cuyo procesamiento debe verse aplazado o evadido ante la necesidad apremiante de responder por sus familias.⁴⁵

En virtud de lo anterior, se requiere de una atención en salud mental que permita su recuperación, dentro de la que debe contemplarse la necesidad de romper el aislamiento, reconocer sus experiencias de miedo, identificar sus enfermedades, permitirles hablar de sus sentimientos de vergüenza y de culpa y romper los tabú que los alimentan. Y, lo más importante, permitirles hablar de lo que pasó y facilitar la reflexión en la comunidad, combatiendo la estigmatización y promoviendo actitudes positivas que permitan el reconocimiento de las víctimas.

La falta de atención en salud y/o la inexistencia de programas específicos para las mujeres en situación de desplazamiento que reconozca las diferencias de género, se profundiza en materia de protección de la salud mental, pues a pesar de la urgente necesidad de programas de prevención y atención de las afectaciones, este requerimiento se ha visto gravemente insatisfecho.

(...)

Esta falta de acceso a servicios y bienes en salud mental constituye una grave violación a los derechos fundamentales y un incumplimiento de las obligaciones internacionales del Estado colombiano, pues las mujeres víctimas carecen de un apoyo en la materia que: (i) integre el impacto desproporcionado del conflicto armado en las mujeres y las diferencias de género, (ii) cumpla con las obligaciones y los estándares internacionales y (iii) responda efectivamente a las necesidades de las mujeres de superar el trauma y recuperar la calidad de vida.

La violación grave y continua de los derechos humanos fundamentales de las mujeres víctimas del conflicto armado y en especial el derecho a la salud, hace imperante la adopción de medidas de protección constitucional por parte del Juez de tutela.

Las obligaciones internacionales del Estado en materia de salud mental así como la especial protección constitucional de las mujeres víctimas del conflicto armado, hacen necesario que las autoridades públicas -y en este caso el Juez de tutela- adopten medidas que busquen el restablecimiento y la garantía del derecho fundamental a la salud, la dignidad y la integridad física y mental de las víctimas que actualmente requieren de manera urgente una atención que les permita afrontar las afectaciones psicológicas que han surgido como consecuencia de los hechos de violencia y crueldad vividos y de los nuevos riesgos y roles que han debido

asumir desde el desplazamiento.

Las mujeres en situación de desplazamiento tienen derecho a recibir atención diferenciada, especializada, oportuna y de calidad que proteja su integridad física y mental durante todas las fases del desplazamiento, y en todos los diversos aspectos de su salud como mujeres, niñas o adolescentes, incluidas sus necesidades especiales en términos sanitarios, su salud sexual y reproductiva, su bienestar emocional y demás necesidades especiales de salud propias de su género y afectadas por su situación de desplazamiento. 46

La falta de acompañamiento y atención en materia de salud mental de las mujeres víctimas atenta contra su derecho fundamental a la salud, la integridad psicológica y moral (art. 12, C.P.) -que es uno de los derechos básicos de las personas desplazadas que forman parte del mínimo prestacional del Estado⁴⁷-, la igualdad, agudiza las condiciones de vulnerabilidad, recrudece la discriminación en su contra, mengua toda posibilidad de las mujeres de reconstruir el proyecto de vida y las condena a la total desprotección.

A las mujeres tutelantes se les ha vulnerado su derecho a la salud mental y, por consecuencia, a la dignidad humana, no se ha tenido en cuenta las condiciones de vulnerabilidad, las diferencias de género y se han incumplido las obligaciones internacionales de proteger y garantizar los derechos humanos y de propender por erradicar la discriminación y la violencia en contra de las mujeres. Esta situación hace imperante que el Juez constitucional adopte medidas de protección inmediata de los derechos constitucionales fundamentales vulnerados dentro de un término breve dada la gravísima magnitud de la situación.

5. Organización Casa de la Mujer.

La organización Casa de la Mujer hizo las siguientes observaciones en relación con la atención psicosocial para las víctimas de graves violaciones de derechos humanos:

“El enfoque de la salud que propone la OMS, implica comprender la mutua dependencia existente entre las vidas de mujeres y varones y sus respectivos estados de salud, reconocer que existen desigualdades en relación con la salud que son innecesarias, evitables y por lo tanto injustas y son producto de relaciones de poder desigual entre mujeres y varones establecidas en un contexto sociocultural jerarquizado, donde lo masculino tiene mayor

valor que lo femenino. Por lo tanto, cualquier programa de salud y de atención psicosocial, dirigido a mujeres víctimas del desplazamiento forzado debieran tener en cuenta las siguientes dimensiones:

A. Necesidades especiales de atención de las mujeres víctimas del desplazamiento forzado, teniendo en cuenta su edad, etnia y su orientación sexual.

B. Los riesgos específicos ligados a actividades o tareas definidas como masculinas o femeninas, teniendo en cuenta su edad, etnia y su orientación sexual.

C. Las percepciones de enfermedad que tienen las mujeres víctimas del desplazamiento forzado, teniendo en cuenta su edad, etnia y su orientación sexual.

D. Las conductas de búsqueda de atención de las mujeres y los sesgos que tienen las/os funcionarias-as de la salud acerca de ellas y de su enfermedad.

E. El grado de acceso y de control ejercido por las mujeres sobre los recursos básicos para la protección de la salud.

F. A nivel macrosocial, prioridades en la distribución de recursos públicos con destino a la provisión de medios y cuidados para la salud, en este caso de las mujeres víctimas del desplazamiento forzado.

Es indispensable que los programas de salud dirigidos a las mujeres víctimas del desplazamiento forzado tengan como propósitos:

1- Mejorar los sistemas de información en aspectos tales como: datos desagregados por edad y etnia, encuestas de salud que incluyan preguntas relacionadas con la diferente forma de enfermar varones y mujeres, su diagnóstico o los trabajos realizados por ambos sexos remunerados o no; indicadores que faciliten información del contexto de las mujeres, aspectos socioeconómicos y culturales y relacionada con los roles que tienen las mujeres y los varones.

2- Desarrollar o reforzar el desarrollo de habilidades profesionales que les permitan establecer relaciones simétricas con las mujeres víctimas del desplazamiento forzado, mediante la inclusión en el diseño de las acciones formativas de contenidos, metodologías y

actividades que permitan la reflexión sobre los valores, actitudes, estereotipos y roles de género presentes en la práctica profesional.

3- Diseñar planes y programas de intervención que incorporen nuevos contenidos y significados de la salud de las mujeres y visibilicen las diferencias en la morbilidad, la mortalidad, así como el impacto en la salud derivado de las relaciones de opresión y subordinación entre varones y mujeres.

4- Promover un estado de opinión favorable entre las y los profesionales para que incorporen el enfoque de derechos humanos de las mujeres y en especial los fallos de la Corte Constitucional en la protección y restitución de los derechos de las mujeres víctimas del desplazamiento forzado.

5- Favorecer la autonomía de las mujeres. En el marco de los servicios de salud se debe programar actividades de promoción de salud que permitan a las mujeres aprender estrategias para llevar a cabo el control y el cuidado de su propia salud. Para lograrlo, es necesaria la creación de un entorno que favorezca la confianza de las mujeres en sí mismas, su autonomía y autoestima, y que promueva la capacidad de actuación colectiva para lograr el cambio en lo personal con una proyección en la vida pública. Estas actividades deben servir como espacios para compartir experiencias personales y colectivas y adquirir habilidades personales y sociales para encontrar alternativas de cambio sobre sus circunstancias desfavorables debido a las relaciones de opresión y subordinación.

6- Promover la participación de las mujeres víctimas del desplazamiento forzado para que accedan a los servicios de salud y a las instancias en donde se toman decisiones en materia de salud.

7- Promover acciones orientadas a mejorar la calidad del entorno de las mujeres víctimas del desplazamiento forzado, en sus múltiples dimensiones.

Concepto psicosocial:48

Llama la atención que, a pesar de que la Corte Constitucional ordenó crear el Programa de Atención en Salud para mujeres en situación de desplazamiento, las mujeres que no están en “edad reproductiva” o no son “cabeza de familia” son mencionadas muy tangencialmente

cuando se habla de mujeres “rurales” o ni siquiera son referidas. Esta suerte de omisión tiene causas estructurales en tanto la diferencia de género sigue aprehendiéndose, a pesar de los avances sugeridos justamente por el Auto al que hacemos referencia, como una diferencia anatómica y fisiológica en el discurso de los agentes de salud. En los cuatro casos objeto de esta demanda, hay un denominador común en las diferentes intervenciones: La completa insensibilidad a la dimensión del “trauma” psíquico (del que son testimonio los síntomas presentados por las cuatro mujeres), por parte de los servicios de salud. El hecho de que uno de los diagnósticos haya sido el de “Síntomas ligados a la menopausia” y en los otros trastornos psiquiátricos correspondientes a las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales, sin ninguna referencia a lo que los síntomas dicen una y otra vez, es decir la imposibilidad de olvidar la masacre, que se expresa en las pesadillas recurrentes, centradas sobre la misma escena o en el insomnio que defiende contra la irrupción de lo inolvidable, o los síntomas somáticos que intentan decir lo que no ha podido entrar en la trama simbólica (ver informe experto), son una prueba de lo que trato aquí de precisar.

Una de las grandes dificultades del trabajo actual con personas víctimas de la violencia, es la medicalización desmesurada del sufrimiento psíquico, en la medida que se reduce lo humano a sus determinaciones biológicas y cuando se habla de determinantes sociales se establece una causalidad mecánica. La violencia en este modelo actuaría como un virus o una bacteria y la enfermedad que producen (la depresión por ejemplo) se trata con un medicamento, y con un número fijo de citas, en la medida que todo ha sido codificado. Al desconocer que las personas que consultan, son ante todo seres hablantes que historizan singularmente en su discurso lo que les sucede, la medicina técnico-científica despoja el sufrimiento de sus contingencias concretas. Si sumamos a esto la ideología de los ciclos vitales, las-os médicas-as solo están atendiendo “paquetes” de población homogeneizada a partir de la edad y el sexo, produciendo para el confort de los agentes de salud, modelos estándar de tratamiento.

El trauma que aparece como un momento de ruptura en el que la vida del sujeto se fractura, (está el antes y el después), la vida se vuelve “insignificante”, justamente porque el sujeto se queda sin palabras, abolido de la cadena significativa y por consiguiente del lazo social, lo que equivale a la muerte, “me siento como muerta”, se aborda desde el psicoanálisis a partir del acompañamiento continuado. No hay manera de prescribir el número de sesiones necesarias porque el tiempo es el del sujeto. Es el sentido del llamado “acompañamiento

psicosocial” que es un “derecho” para las personas víctimas del conflicto armado y el desplazamiento forzado, se le acompaña a construir las posibilidades de hacer “vivable” lo que ya no puede deshacerse que es finalmente la opción de una toma de posición frente a lo que le sucedió, intentando desanudar por la palabra lo impensable, lo inexplicable, el sin sentido.

La insensibilidad de los agentes de salud, “la alta frecuencia de funcionarios-as no capacitados para atender a las mujeres víctimas del desplazamiento forzado, o la actitud abiertamente hostil...” (Auto 092) es uno de los aspectos que más impresiona en estos cuatro casos. El informe experto, lo reitera de muchas maneras.

Además de las interminables dificultades administrativas, señalamos el “inadecuado” abordaje que se hizo, al “negar” de manera sistemática, la relación entre el estado actual de estas mujeres y los hechos ocurridos en el Salado, no porque pensemos que a todo traumatismo corresponde un síntoma, de hecho varios enfoques, entre ellos el psicoanálisis, en ese sentido se separan del determinismo mecanicista; sino porque en el relato de estas cuatro mujeres y los síntomas por los que consultaron, están “las masacres” y lo que para ellas hizo trauma. Creemos que la demanda que aquí se expresa no es otra que la de no redoblar el sufrimiento con la imposibilidad de no encontrar un lugar en donde sea posible reconstruir la trama del sentido, la reintegración al lazo social y familiar y el apaciguamiento de las secuelas físicas y psíquicas.

La atención psicosocial debe partir de reconocer el malestar psíquico de las mujeres como «una sensación subjetiva de padecimiento psíquico que no se encuentra dentro de los criterios clásicos de enfermedad, sino que se corresponde con conflictos psicosociales... Es el sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras y que aparece en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable» (Burin M; 1990: 50).

La atención debe reconocer los factores causales, asociados, predisponentes y también protectores, los cuales se basan en un núcleo central explicativo que es la opresión de las mujeres por su condición social subordinada, analizando las diferentes formas en que se manifiesta su deprivación de poder social y familiar. Se debe tener en cuenta factores que inciden en la vida de las mujeres, como la violencia, el abuso continuado y los abusos infantiles en la historia personal de las mujeres.

Tener en cuenta los factores generadores del malestar psíquico de las mujeres implica generar procesos que permitan a las mujeres ganar autonomía y el control de eventos vitales, acceso a recursos materiales, apoyo y soporte del entorno. La intervención psicosocial debe dirigirse a influir en los factores de opresión y subordinación en lo público y lo privado, basado en un «trabajo consciente de dar cuidado a mujeres visualizando los problemas relacionados con su socialización y su posición como mujeres en esta sociedad y ayudarlas a desarrollar estrategias para conseguir más autoridad y responsabilidad sobre sus propios cuerpos y sus vidas. Se sintetiza en: 1) Consideración de la construcción de las identidades y subjetividades femeninas y los roles antes y después del desplazamiento forzado; 2) Consideración de la situación personal y social de la mujer víctima del desplazamiento forzado; 3) Trato respetuoso; 4) Orientar a la mujer con sus problemas de salud y estimular su auto-responsabilidad; 5) Evitar la medicalización». Esta propuesta de atención psicosocial se base en promover la autonomía de las mujeres que permita redistribuir poder, reconociendo la experiencia de la paciente, retando a la relación de poder entre varones, mujeres y autoridad profesional. 6) Estrategia de comunicación que invite a las mujeres a utilizar su conocimiento y experiencia diaria, manteniendo el rol de las mujeres como fuente de conocimiento.

6. Organización Plan Internacional.

La organización Plan Internacional hizo las siguientes observaciones en relación con la atención psicosocial para las víctimas de graves violaciones de derechos humanos:

- La importancia de la salud mental y bienestar psicosocial como elemento integrador para la reparación integral.

El deber de reparación de las víctimas de violaciones de derechos humanos goza aun de constante desarrollo desde la doctrina y la jurisprudencia, en ello ha sido decisivo el impulso de las organizaciones de víctimas y defensoras de Derechos Humanos. Uno de los aspectos menos desarrollados es su materialización en lo que hace a la atención psicosocial y de salud mental. Como se sabe, la reparación toma cuerpo a través de vías no excluyentes, tanto en el nivel individual como colectivo; éstas incluyen la restitución, la rehabilitación, la indemnización, las medidas de satisfacción y las garantías de no repetición. En este aparte se examina la forma como una perspectiva psicosocial aporta para una mejor comprensión

de la forma en que se expresa de modo concreto la reparación integral.

Por otra parte, una reparación integral desde una perspectiva psicosocial requiere que la reivindicación de las víctimas ocurra en un ámbito público. Aquí naturalmente las víctimas son protagonistas centrales, pero al tiempo es necesario que en ese ejercicio se involucre la sociedad en su conjunto, con el Estado a la cabeza, para evitar que opere una especie de privatización del daño de aquéllas, pues entraña el riesgo, por un lado, de mantenerlas en el aislamiento en que las sumió los hechos violentos que les han victimizado y por otro, que la sociedad no exprese una actitud ciudadana de repudio a tales prácticas y con ello se desaproveche un elemento central de prevención.

Lo anterior quiere decir que frente a los alcances victimizadores de una realidad como la del desplazamiento forzado interno por causa de la violencia, -en este caso la masacre de más de 60 personas-, la reparación involucra a la sociedad en el esfuerzo reparador. Tratándose de delitos comunes, además de la consecuencia penal para el responsable, las víctimas son acreedoras de la indemnización por el daño moral y material derivado del delito; no obstante, frente a las violaciones graves de los Derechos Humanos, desde una perspectiva psicosocial es importante no acoger como suficiente una concepción privativa del daño. La reparación en este contexto excede la díada víctima/victimario e involucra los contextos político, social y culturales en que se dieron las conductas objeto de reparación, haciendo de ésta un asunto de preocupación pública. En consecuencia, la reparación ni es sólo un derecho de las víctimas, ni tampoco solamente un deber de los victimarios. Es principalmente una obligación del Estado, responsable de encauzar de manera adecuada los esfuerzos institucionales apropiados para animar la construcción de un relato social que guarde pertinencia para todos los sectores sociales, entre ellos naturalmente el de las víctimas, en tanto sujetos de especial protección.

La sociedad expresa su grado de cohesión, entre otras, mediante la construcción de relatos colectivos capaces de hacer sentido a los distintos sectores que la componen. De esta manera, una sociedad es más consolidada y respetuosa de la diferencia, en tanto más logra ser incluyente de las múltiples visiones a su interior. Uno de los efectos más dañinos de fenómenos violentos como el desplazamiento forzado, especialmente cuando no es

prevenido o evitado, ni adecuadamente atendido desde el Estado, es que limita o quiebra para esa población las posibilidades de verse reflejada en la construcción de ese relato colectivo. En muchos casos, en la historia de las víctimas priman la imposición, la fuerza, la exclusión, la dominación y la subordinación, desde donde las voces más débiles tienden a ser escuchadas. El resultado será la recreación de versiones parciales que relegan, silencian, ocultan y condenan. Un requisito necesario para una reparación integral es que la historia pueda hacer las veces de memoria colectiva.

Desde una perspectiva psicosocial la reparación por medidas de restitución, es especialmente importante, si se tiene en cuenta que una de las implicaciones más sensibles en el bienestar emocional y la salud mental que causa el desplazamiento forzado a nivel colectivo, es el rompimiento de las redes sociales de soporte comunitario. Como resultado de esas fracturas en las formas de relación social, sobrevienen marcadas restricciones para el ejercicio de la dimensión política de los sujetos, lo cual generalmente se expresa en la renuencia a participar de iniciativas asociativas y de liderazgo social, las cuales, -vistas través del prisma de la experiencia violenta que obligó o media la realidad del desplazamiento-, resultan actividades potencialmente riesgosas.

En estas circunstancias, el acompañamiento psicosocial favorece la elaboración de los impactos más inmovilizadores de la experiencia violenta, permite transformar los sentimientos de miedo, apatía e impotencia, así como identificar los recursos emocionales para superar el temor y el aislamiento. A la vez, en el ámbito individual permite, entre otras cosas, el restablecimiento de la identidad individual y también colectiva de las víctimas, propende por el fortalecimiento de su autonomía personal, y la transformación de la carga emocional que les impide o limita asumir de modo activo sus decisiones vitales. En otras palabras cuando, como consecuencia de la superación de las barreras psicológicas y en la salud mental que se derivan de las experiencias violentas, es posible trascender las narraciones auto-compasivas y dependientes, centradas en el déficit, por una que rescata su dimensión como sujetos de derechos, empoderados para el ejercicio de los mismos, al no estar limitados por cortapisas emocionales y en salud mental.

No obstante que las políticas y programas para la atención de las víctimas de violaciones de los Derechos Humanos y del conflicto armado, y en especial los pronunciamientos judiciales nacionales y de cortes internacionales, han venido otorgando un mayor reconocimiento a las

implicaciones negativas de esas experiencias en el bienestar emocional y la salud mental, lo cierto es que los esfuerzos y desarrollos concretos para una adecuada respuesta a este nivel son realmente precarios. Cuando las decisiones judiciales hacen una valoración de esta variable, la mayoría de veces, resuelven la cuestión en tanto se aseguran de ordenar que los perjudicados directos de las violaciones puedan tener acceso a atención médica o psicológica, pero dejan de lado por ejemplo, las implicaciones relacionales de tales hechos, la consideración del daño psicosocial que se causa a las organizaciones o comunidades contra cuyos miembros se perpetraron los hechos, las condiciones particulares relativas a la pertenencia a ciertas minorías, ciclo vital o condición de género, o condiciones particulares de vulnerabilidad.

La consecuencia desintegradora de los hechos violentos tiene un efecto fuertemente negativo por cuenta del impacto psicosocial que desencadenan en los escenarios relacionales afectivamente significativos de los afectados, por lo tanto, la intervención psicosocial debe involucrar los escenarios transformados por la acción violenta y relevantes en la construcción emocional de los sujetos. Así la tasación de la indemnización como parte de una reparación debe tener en cuenta los costos que implica superar el impacto emocional individual, familiar, colectivo y de restablecimiento del bienestar psicosocial en esos diferentes ámbitos, en el entendido de que para un sujeto, como unidad bio-psicosocial, su bienestar es interdependiente en esas dimensiones, pero que al mismo tiempo, el ser biológico (físico), psicológico y social cobra sentido en los escenarios relacionales. Eso significa que el sujeto expuesto a una experiencia fuertemente transformadora de su realidad, debe estar en posición de acceder a los recursos que le garanticen contar con medios idóneos para superar el impacto negativo de las mismas en la salud física y emocional, que en principio debería como mínimo, incluir al grupo familiar.

Casi nunca se tiene presente que a nivel de los grupos, organizaciones o comunidades más directamente afectadas por la experiencia violenta, los hechos causan también estragos a nivel de los esfuerzos organizativos, retardo o frustración de procesos de empoderamiento y autonomía, rupturas en la confianza sobre la capacidad de gestión individual y grupal, alejamiento, no participación y apatía. Esas expresiones relacionales podrían explicar los resultados poco alentadores de muchos de los programas e iniciativas que se emprenden con la población desplazada, pues desconocen el hecho de que muchas de tales iniciativas requieren fundarse en condiciones elementales pero a la vez básicas como confianza en sí y

con los otros, por lo cual es necesario no sólo identificar y dimensionar esos daños psicosociales, sino remover las razones que los desencadenan. Una reparación integral desde una perspectiva psicosocial, debe incluir además de la atención psicológica enmarcada dentro de la rehabilitación, el diseño e implementación de estrategias psicosociales orientadas a habilitar de nuevo los contextos de relación social y comunitaria vulnerados por las violaciones de derechos, en otras palabras el restablecimiento del tejido social.

En hechos de enorme impacto para el bienestar psicosocial y la salud mental individual y colectiva, como las masacres de que fue víctima la población del Salado, que fue expuesta simultánea y recurrentemente a diversas violencias, permite pensar que es probablemente en las medidas de satisfacción y en las garantías de no repetición en donde el Estado tiene una mayor oportunidad de restablecer de manera pública los derechos de las víctimas, impulsando, medidas apropiadas para prevenir la posibilidad de exposición a nuevas violaciones. Posiblemente, junto con la disposición de medios adecuados, el elemento más determinante parece ser una clara voluntad política por parte de las autoridades desde el nivel central, pasando por el regional y local e impedir la re- victimización y de animar el conocimiento y rechazo públicos frente a los hechos y sus responsables. Aquí, por ejemplo, podría ser muy significativo el uso de medios masivos de comunicación para hacer pública una verdad basada en la significación construida desde las comunidades y personas afectadas, a través de lo cual las víctimas pueden reconstruir su buen nombre y la sociedad conocer de los hechos y sus responsables.

Adicionalmente en el escenario de las medidas de satisfacción y las garantías de no repetición, el Estado pone a prueba su capacidad para enfrentar uno de los mayores obstáculos para la superación de los impactos psicosociales derivados de las graves violaciones de los Derechos Humanos como es la impunidad. Para que opere un efecto psicosocial reparador es necesario garantizar, que no sólo quienes adelantaron de modo directo las acciones violatorias no podrán hacerlo más, sino que sus mecanismos y retículas de control social son efectivamente desarticuladas y llevadas ante la justicia. La intervención y el acompañamiento psicosocial revisten aquí de especial importancia. En primer lugar, al facilitar la recuperación de la memoria de las víctimas, propiciando espacios que les permitan expresar, resignificar, elaborar y socializar sus experiencias. También porque al trascender las historias dolorosas, es posible la construcción de nuevos imaginarios

tanto en las víctimas como entre la opinión pública y finalmente porque permite enfrentar las barreras psicológicas que impiden la denuncia y documentación necesarias, así como evitar que durante la presentación de testimonios y en general durante el desarrollo de los procesos legales a que haya lugar no se expongan a experiencias revictimizantes. El desafío de enfrentar la impunidad de las violaciones de los DH está lejos de ser un asunto opcional, al contrario, expresa una obligación del Estado frente a una comunidad internacional cada vez menos tolerante de la impunidad para conductas como estas”.

Continúa la entidad señalando:

Impacto psicosocial de las masacres.

“Las víctimas describen en relación con las masacres situaciones referidas al miedo, que se expresa en alteraciones orgánicas como desmayos, temblores, pérdida de control de esfínteres, dolor de estómago. Hay un shock inicial que resulta muy traumático por lo abrumador del hecho. Centran su temor alrededor de que alguien cercano haga parte de las víctimas o que se encuentre haciendo parte de las “listas” en manos de los grupos armados.

La forma como se presenten los sucesos determina en mucho los significados que puede tener para las víctimas. La crueldad con la que ejecuten las acciones, la sevicia y barbarie con que causan la muerte, definen muchas de las emociones que a futuro se presentan, las cuales, en algunos casos, incluyen hasta cuadros severos de estrés post-traumático o desórdenes de ansiedad variables.

En aquellos casos en que ha mediado la muerte de seres queridos, tiene especial significado si las circunstancias permitieron adelantar los rituales alrededor de la muerte, si fue posible expresar y recibir las manifestaciones de duelo por la pérdida. Importa también la forma como se dio la muerte, si mediaron vejámenes, mutilaciones corporales, tortura previa, o si se buscó con la muerte generar un impacto público. La expresión emocional está además mediada por una mayor carga afectiva, con marcada impotencia, sentimientos de culpa, humillación, rabia e intensos deseos de venganza.⁴⁹

En Colombia, en particular las víctimas de las masacres de Trujillo, Mapiripán o Pueblo Bello, ha sido frecuente que posterior a los hechos se produzcan muertes que los familiares

atribuyen a “pena moral”, y en general ha sido documentada la existencia de síntomas de depresión grave, aislamiento social y deterioro físico creciente⁵⁰. En los casos en que se dieron hechos de violencia con un impacto colectivo, a la suma de impactos individuales y familiares, se añade la desestructuración comunitaria, la pérdida de liderazgos, organizaciones y proyectos comunes”.

(...)

“El desarrollo particular del cuadro clínico de cada una de las víctimas y sus familias, por tanto debe ser tomado en consideración con el contexto de la familia, por lo anterior una mirada médica que no involucre un análisis del contexto puede limitar la posibilidad de superar la situación de afectación física, mental o psicosocial preexistente.

Para aquellas personas que precisan un acompañamiento especializado, será deseable practicar un examen Forense del Estado Mental⁵¹ que tiene cuenta entre otros la apariencia general, Actitud, Conducta: Se toma en consideración que el aspecto, higiene y que el arreglo personal fueran apropiados para las circunstancias de cada paciente. También si se muestra interés de colaborar durante la entrevista, si sus movimientos son apropiados y si existía correlación entre sus expresiones físicas y emocionales, por ejemplo si es posible correlacionar expresiones faciales de tristeza con los relatos, si se presenta llanto, temblor, o recurrencia de ciertos manierismos en el movimiento de manos y pies que denotarían un cuadro ansioso.

En relación con el pensamiento, un examen del estado mental, valora que no se presenten anormalidades cuantitativas o cualitativas en la forma del pensamiento, la progresión lógica, racional, la adecuación espacial, temporal, de causalidad, identidad y contradicción. En relación con el curso del pensamiento se descartan fuga de ideas y otras alteraciones del curso del pensamiento. Contenido, Percepción: Se revisa la presencia de ideas delirantes o recurrentes, ideas de referencia, ilusorias o presencia de alucinaciones.

Con relación al afecto, evalúa si el estado afectivo del paciente se relaciona con el contenido del pensamiento. Buscando valorar la concordancia entre el contenido del pensamiento y la expresión de afecto. Conciencia y Orientación: Se revisa la orientación en espacio, tiempo, persona y situacionalmente. Así como la capacidad del paciente de entender preguntas y reflexionar sobre ellas.

En particular sobre la memoria, se valida la habilidad de cada paciente para recordar experiencias pasadas con lo que se descartaron patologías a este nivel, con lo cual es posible colegir que se debe otorgar credibilidad a sus relatos. Por último debe valorarse la capacidad intelectual de los pacientes y su habilidad para ver y entender la conexión entre cosas y situaciones específicas.

Principios generales de la atención en salud mental y bienestar psicosocial.

Son variadas las aproximaciones conceptuales y operativas que caracterizan el campo de acción psicosocial para víctimas: “Los organismos de asistencia ajenos al sector salud tienden a hablar de apoyo al bienestar psicosocial. Los organismos del sector salud tienden a hablar de salud mental; pero históricamente también han utilizado los términos rehabilitación psicosocial y tratamiento psicosocial para denotar intervenciones no biológicas en beneficio de quienes padecen trastornos mentales. Las definiciones exactas de esos términos varían entre distintas organizaciones y dentro de una misma organización, y entre distintas disciplinas y países, y dentro de una misma disciplina o un mismo país.”⁵². No obstante esta polisemia, existe una serie de criterios y estándares internacionalmente aceptados sobre los mínimos éticos y políticos orientados a reconocer en las víctimas la condición de personas, sujetos de derechos, ciudadanos(as), agentes y actores de cambio que demandan un trato digno, oportuno, adecuado e integral y que precisan de garantías en materia de salud mental y bienestar psicosocial.

Es frecuente que intervenciones psicosociales o de salud mental no se encuentren adecuadamente focalizadas en la situación específica de las personas y además enfrenten dificultades de coordinación, esto termina por afectar a las poblaciones que no encuentran respuesta a sus necesidades particulares. Igualmente es preciso considerar que las intervenciones deben favorecer el empoderamiento y recuperación de la dignidad de las víctimas, lo cual en muchas oportunidades no ocurre como consecuencia de enfoques asistencialistas que les anclan a la construcción de una identidad de debilidad. Igualmente, en ocasiones el hecho de que las intervenciones se realicen en corto tiempo, termina por no favorecer la construcción de capacidades locales y ocasionan probablemente un daño emocional mayor derivado de la revictimización a la que es sometida la población, cuando frecuentemente se indaga por los hechos ocurridos sin contar con las posibilidades para encauzarlo. En el caso de intervenciones que no toman en cuenta las diferencias étnicas y

culturales, las aproximaciones foráneas imponen marcos culturales que terminan por limitar las propias capacidades de las comunidades, al imponer marcos valorativos que probablemente suelen ser ajenos a las creencias y valores de la comunidad.⁵³

Algunas intervenciones que se brindan a la población afectada por el desplazamiento en Colombia pueden cumplir uno o varios criterios de los mencionados aquí como causantes de victimización secundaria y en consecuencia se convierten en promotores de daño agregado a las familias y/o comunidades.

El papel de la Cultura

La influencia que es posible generar sobre el bienestar de poblaciones afectadas por hechos de violencia lleva a una comprensión contextual y relacional de lo cultural, que permite indagar acerca de cómo en contextos de conflicto armado, las personas y los grupos construyen significados particulares acerca de su propia identidad, de ser hombre o mujer, del ciclo de la etapa vital en que se encuentran, de la manera como se entienden las relaciones sociales y comunitarias y la participación en las mismas. Esto sustentado en la idea de que parte del impacto emocional de la vulneración a los derechos que suceden en contextos de conflicto, guarda relación con los significados que a distintos niveles se construyen sobre estos elementos. Significados que se construyen en la interacción con otros, desde las conversaciones con las personas de los contextos significativos, en conexión con los imaginarios sociales y que tienen que ver no solamente con la manera como las personas atribuyen sentido a sus experiencias, sino también en cómo configuran su comprensión del mundo y su participación en el mismo.

Hemos observado igualmente a como lo reseña Honwana⁵⁴, que no realizar cierto tipo de rituales culturales, en relación por ejemplo con la muerte y los procesos de despedida que acogen muchas culturas y que por las circunstancias específicas de violencia no es posible adelantar conforme a la costumbre y patrón culturales, se convierte en un fuerte obstáculo para una adecuada tramitación de los duelos. Y es así como entonces, poder realizar dentro del proceso terapéutico ciertos arreglos a manera de metáforas de los rituales y/o usos culturales que no fueron posibles de realizar, ayuda poderosamente en el proceso de mejoría. Lo anterior no significa que la sola expresión cultural y los mejores esfuerzos por realizarlos de la manera más cercana a las prácticas y tradiciones culturales tengan por sí

solas la capacidad transformadora para superar los impactos emocionales⁵⁵.

Enfoque Diferencial

La necesidad de un enfoque diferencial se fundamenta en el principio de igualdad, según el cual se busca proteger a las personas que se encuentren en circunstancias de vulnerabilidad o de debilidad manifiesta, de manera que se logre la igualdad real y efectiva⁵⁶. El enfoque diferencial permite reconocer las múltiples vulnerabilidades que niños, niñas, mujeres, indígenas o afro descendientes enfrentan por su doble condición, de persona perteneciente a un grupo social que ha sido históricamente marginado⁵⁷ y de persona afectada por hechos de violencia. Esta doble condición acentúa la inequidad y exclusión, de forma que lo que en conjunto resulta es una compleja situación de vulneración de derechos. Un enfoque diferencial actúa sobre el efecto desproporcionado que los hechos de violencia tiene entre algunos grupos, permite dar una respuesta integral que responda a las necesidades particulares de diferentes grupos poblacionales, lograría la garantía de los derechos de niños, niñas, mujeres y grupos étnicos y permitiría, en últimas, la superación de la condición de víctima del desplazamiento forzado.⁵⁸

Quizás el enfoque diferencial de género, y más recientemente el de diversidad, son aquellos que han tenido mayores desarrollos. La “Directriz para la prevención y atención integral de la población indígena en situación de desplazamiento y riesgo, con enfoque diferencial”⁵⁹ reconoce las características particulares de los pueblos indígenas, considera la existencia de vínculos étnicos, territoriales y culturales y tiene en cuenta el impacto del desplazamiento sobre la integridad étnica de los pueblos indígenas, considerados como sujetos colectivos de derechos. De ahí surge la necesidad de que se desarrollen programas adaptados culturalmente, que partan de entender las características, problemáticas, intereses e interpretaciones particulares que tengan los pueblos indígenas y que redunde en una adecuación de las modalidades de atención, visibles en el apoyo a sus formas tradicionales de satisfacer las dietas alimentarias, la organización en los albergues, el rol del médico tradicional en aspectos como la atención psicosocial, el respeto por sus procesos educativos y el reconocimiento de sus procesos de participación en la toma de decisiones.

En efecto, el enfoque diferencial requiere un proceso de caracterización sistemático y continuo, que permita identificar los impactos diferenciales de las violaciones de derechos

humanos y los riesgos especiales que soportan poblaciones vulnerables, así como las causas que generan estos riesgos especiales, lograr una comprensión integral de las manifestaciones emocionales de los mismos y, desde ahí, entender sus necesidades específicas de protección. En el análisis de las implicaciones psicosociales y en la Salud Mental de los hechos de violencia deben tenerse en cuenta consideraciones de género, etnia, ciclo vital, todos factores relevantes para entender las diferencias en la expresión de los impactos.

La Complejidad

La interacción de un agente social con un sujeto, familia, comunidad afectada por violaciones de derechos humanos es multidimensional. Supone que la dicotomía no surge entre individuo vs. Grupo sino entre conceptos aislados vs. construcciones relacionales, en donde distintas dimensiones actúan de manera simultánea, paralela y se interceptan interactuando de una manera circular y no jerárquica. No se trata de acercarse al fenómeno con la disección en cada una de sus partes; se trata de conocer sin dividir y reunir sin dejar de distinguir.⁶⁰

Se recrea una relación desprovista de categoría valorativa o de preponderancia, al mismo nivel de las demás relaciones que se entretienen en el sujeto /familia/ comunidad. La intervención es construida y definida por los distintos actores presentes en la relación, en tanto no sólo afectados por el hecho violento sino también como seres de quienes importa la historia que han construido en sus interacciones afectivamente relevantes, entre las que están, por supuesto, las familiares, las de los amigos, vecinos, comunidad y entendidas en un contexto social y cultural particular.

Lo emocional es relacional

El comportamiento de los seres humanos es expresión de un substrato emocional, que cobra sentido en el mundo relacional, por tanto surge y es resultado de relaciones. Tal substrato emotivo no surge de manera espontánea en el sujeto, es resultado de su permanente interacción como ser social, lo cual le nombra y define como un ser afectivo. Contrario entonces a algunas concepciones que ubican lo emocional en el interior de los individuos como “realidades intrapsíquicas”, el trabajo con las poblaciones afectadas por el conflicto armado en el país, muestra la importancia de comprender lo emocional como un rasgo

constitutivo, no de los individuos particularmente considerados, sino de las relaciones de que participa y construye, de la manera como lo propone Gergen⁶¹, para quién la relacionalidad antecede a la individualidad. Así, no resulta de mayor utilidad describir las expresiones emocionales de una persona llevada al desplazamiento forzado como síntomas aislados, sino más bien como información vista en relación, a manera de sucesos colectivos que, sin embargo, guardan especificidades propias de cada uno según su experiencia y es menester también destacar durante la intervención.

Desde esta perspectiva entonces, no es suficiente, ni eficiente, hacer una descripción individual de los efectos de los hechos violentos en los sujetos, pues, podría promover una psicologización de las personas que viven tal situación extrema. Como afirma Laura Frugeri,⁶² la esencia del problema no es la etiología de los síntomas sino los procesos sociales y la dinámica que los mantiene. Es necesaria por tanto, una mirada que consulte cómo ha repercutido tal experiencia en contextos más amplios de su mundo relacional y afectivamente significativos, así como a nivel del mundo simbólico y de significados que se construyen en el lenguaje por medio del cual se tejen esas relaciones, porque, en mucho, con Maturana⁶³ afirmamos que la realidad se construye en el lenguaje.

Perspectiva del recurso

No obstante que las diferentes variables presentes en violaciones de derechos humanos acompañan de manera recurrente a los sujetos que atraviesan dicha situación, y se expresan en razones de tipo político, económico, social, emocional, etc., debe evitarse en lo posible durante un abordaje psicosocial recavar en la construcción de narrativas que refuercen la victimización. Esto, porque, a menudo tales narrativas, a través de las cuales los seres humanos tienden a construir sus “relatos dominantes”, privilegian el dolor, las pérdidas, la añoranza, el miedo, la rabia, etc., que en su conjunto resultan altamente paralizantes. De modo que, parte de la acción psicosocial demanda desde el equipo psicosocial su capacidad para agenciar cambios en las narrativas de víctimas por unas que den paso a sujetos con capacidad de control, que de un modo realista eviten sobredimensionar las bondades de la condición previa a los hechos violentos y que de manera casi automática sólo tienden a destacar los puntos ciegos del presente.

Parte del reto está en la capacidad para destacar aprendizajes, experiencias y desafíos de

alguna utilidad. Implica propender por aprender a reconocer el valor de las cosas, las personas y los contextos que ahora los rodean, en el sentido que lo propone O´Hanlon, lo cual, en parte, es susceptible de alcanzar desde una perspectiva que enfatiza menos en el déficit y da lugar a reparar también en el recurso y experiencias positivas con que en medio de la situación los sujetos y comunidades también cuentan. Es claro que reconocer cambios positivos en la experiencia en modo alguno puede dar lugar a aceptar o justificar la existencia de los hechos que les han tomado por víctimas. Sin embargo, cuando una persona o comunidad puede reconocer que no todo ha sido “malo”, se da lugar a un punto de partida en lo emocional para la posibilidad de cambio en el significado de la experiencia violenta, a partir de lo cual es menos improbable su empoderamiento.

7. Intervención de PAISS.

El Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes hizo las siguientes observaciones sobre las necesidades de atención psicosocial de las víctimas del desplazamiento y de hechos violentos:

Por qué los pobladores del Salado requieren una especial atención en su salud mental por parte del Estado Colombiano.

Como se desprende de la narración que antecede los pobladores del Salado han sido víctimas de dos masacres perpetradas por grupos armados al margen de la ley, una de ellas presuntamente con la complicidad de las autoridades de la fuerza pública. Su historia es la de las vulneraciones sistemáticas de derechos humanos, la desprotección y ausencia de las fuerzas estatales. Las masacres que allí tuvieron lugar no fueron hechos aislados en el contexto de la violencia ejercida por las fuerzas al margen de la ley en Colombia, existe una conciencia en la población que su ocurrencia tuvo lugar, en primera instancia por la ausencia de las fuerzas institucionales del estado y en segunda instancia, por la complicidad e inacción de las mismas.

Como consta en los hechos narrados por el actor las cinco mujeres presentes en la tutela, situación de vulneración y afectación a la salud mental que no es aislada y se extiende a otra gran cantidad de pobladores del Salado, se trata de personas y familias que han sido víctimas en repetidas ocasiones del desplazamiento forzado interno por causa del conflicto y la violencia ejercida de forma ilegítima contra la población civil.

Como consta en los hechos narrados por el actor se trata principalmente de mujeres, no sólo aquellas poderdantes y agenciadas oficiosas, sino otras tantas que no obstante no constar en la acción de tutela se encuentran en circunstancias similares. Como se desprende de la narración las masacres tuvieron como objetivo principal a la población como colectivo y en general a las mujeres y personas con discapacidad, las personas más indefensas, no sólo como víctimas directas de los asesinatos, sino como espectadores de los hechos atroces que allí tuvieron lugar.

Las condiciones anteriores, agravadas por la pobreza, la falta de posibilidades educativas, laborales, la segregación social y espacial de que han sido víctimas los pobladores del Salado, junto con el rompimiento del tejido social, de los proyectos de vida personales, familiares y sociales, la pérdida de la capacidad adquisitiva, entre otras, impactan de forma necesaria y certera en las condiciones mentales, psicológicas y psicosociales de los individuos, las familias y el colectivo como tal. No se trata sólo de ser víctima de la violencia, haber presenciado asesinatos, torturas, violaciones y demás de los miembros de la familia y la comunidad, haber sido víctimas del desplazamiento forzado en repetidas ocasiones, sufrir el estigma social de ser “un pueblo guerrillero”, de ser las víctimas principalmente mujeres, niños y niñas, adultos mayores, sino que la combinación de todas estas condiciones hacen de esta población necesariamente un colectivo de especial protección constitucional.

Las masacres y demás vulneraciones que tuvieron lugar en el Salado constituyeron una vulneración colectiva de los derechos humanos, no fueron episodios aislados, individuales o familiares, por el contrario, los actores armados arremetieron de forma ilegal en el colectivo. Los asesinatos, torturas, violaciones y demás acciones en contra de los seres humanos tuvieron lugar en lo públicos, en los lugares de encuentro del poblado, afectaron además las fiestas y los vínculos simbólicos y familiares.

La historia del Salado es la historia de la ausencia del Estado Colombiano, tanto antes como después, pese a la difusión en medio de comunicaciones sus pobladores no han sido sujetos de una respuesta certera del estado, no se ha garantizado la no repetición a los pobladores ni mucho menos las condiciones sociales mínimas necesarias para la reconstrucción del tejido social. Faltan en el Salado los elementos primarios que constituyen el tejido social, las instituciones sociales (políticas, religiosas, económicas), los sentimientos de arraigo, colaboración y las condiciones de vida que hace posible la sociabilidad. La sola vida allí, la

presencia de las fosas, la presencia de la armada, como consta en los hechos, son factores de violencia que profundizan las afectaciones sociales, psicológicas y psiquiátricas de la población como conjunto.

III. CONSIDERACIONES

1. Competencia

La Sala es competente para revisar el presente fallo de tutela, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 86 y 241, numeral 9o., de la Constitución, y 33 y 34 del Decreto 2591 de 1991.

2. Problema Jurídico.

De acuerdo con los antecedentes reseñados debe la Corte establecer si la autoridad acusada (Ministerio de la Protección Social), vulneró el derecho a la salud de las señoras Diana Carmenza Redondo, Argénida Torres, María Romero y Juana Cárdenas, quienes en su condición de víctimas de graves violaciones a los derechos humanos solicitaron atención en salud psiquiátrica y psicosocial, al circunscribir la atención solicitada únicamente a los planes básicos, en los distintos regímenes.

Para efectos de resolver el anterior problema jurídico la Sala señalará, a la luz de la jurisprudencia de este Tribunal (i) el alcance de la protección constitucional que tienen las personas víctimas del conflicto armado, que además ostentan la condición de desplazadas; (ii) las acciones que debe desarrollar el Estado para prestar los servicios de salud a las personas víctimas del conflicto armado, teniendo en cuenta sus condiciones psicológicas, emocionales y sociales y (iii) la solución del caso concreto.

3. Las víctimas del conflicto armado interno, que además ostentan la calidad de desplazados, gozan de una protección constitucional reforzada.

3.1. El artículo 13 de la Constitución Política, en aras de garantizar el derecho a la igualdad de manera real y efectiva, señala la obligación, en cabeza del Estado, de adoptar medidas en favor de grupos discriminados o marginados y de proteger especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta.

De conformidad con este mandato constitucional, la jurisprudencia de esta Corporación ha señalado que, en el caso de las personas víctimas del conflicto armado interno, que además ostentan la calidad desplazados, debe darse un amparo especial por parte de las autoridades dadas sus condiciones de extrema vulnerabilidad. En tal sentido en la Sentencia T-025 de 2004 se sostuvo: “por las circunstancias que rodean el desplazamiento interno, las personas –en su mayor parte mujeres cabeza de familia, niños y personas de la tercera edad - que se ven obligadas “a abandonar intempestivamente su lugar de residencia y sus actividades económicas habituales, debiendo migrar a otro lugar dentro de las fronteras del territorio nacional” para huir de la violencia generada por el conflicto armado interno y por el desconocimiento sistemático de los derechos humanos o del derecho internacional humanitario, quedan expuestas a un nivel mucho mayor de vulnerabilidad, que implica una violación grave, masiva y sistemática de sus derechos fundamentales y, por lo mismo, amerita el otorgamiento de una especial atención por las autoridades: “Las personas desplazadas por la violencia se encuentran en un estado de debilidad que los hace merecedores de un tratamiento especial por parte del Estado”. En ese mismo orden de ideas, ha indicado la Corte “la necesidad de inclinar la agenda política del Estado a la solución del desplazamiento interno y el deber de darle prioridad sobre muchos otros tópicos de la agenda pública”, dada la incidencia determinante que, por sus dimensiones y sus consecuencias psicológicas, políticas y socioeconómicas, ejercerá este fenómeno sobre la vida nacional.

3.2. Adicionalmente esta Corporación ha reconocido que las circunstancias de extrema de vulnerabilidad se agudizan, cuando los actos de violencia, en el marco del conflicto armado, se ejercen contra las mujeres. De acuerdo con el Auto 092 de 2008 proferido por este Tribunal,⁶⁴ en el ámbito de la prevención del desplazamiento forzoso se identifican por lo menos diez (10) factores de vulnerabilidad específicos a los que están expuestas las mujeres por causa de su condición femenina en el marco de la confrontación armada interna colombiana, que no son compartidos por los hombres, y que explican en su conjunto el impacto desproporcionado del desplazamiento forzoso sobre las mujeres. Estos riesgos son: “(i) el riesgo de violencia sexual, explotación sexual o abuso sexual en el marco del conflicto armado; (ii) el riesgo de explotación o esclavización para ejercer labores domésticas y roles considerados femeninos en una sociedad con rasgos patriarcales, por parte de los actores armados ilegales; (iii) el riesgo de reclutamiento forzado de sus hijos e hijas por los actores armados al margen de la ley, o de otro tipo de amenazas contra ellos, que se hace más grave

cuando la mujer es cabeza de familia; (iv) los riesgos derivados del contacto o de las relaciones familiares o personales -voluntarias, accidentales o presuntas- con los integrantes de alguno de los grupos armados ilegales que operan en el país o con miembros de la Fuerza Pública, principalmente por señalamientos o retaliaciones efectuados a posteriori por los bandos ilegales enemigos; (v) los riesgos derivados de su pertenencia a organizaciones sociales, comunitarias o políticas de mujeres, o de sus labores de liderazgo y promoción de los derechos humanos en zonas afectadas por el conflicto armado; (vi) el riesgo de persecución y asesinato por las estrategias de control coercitivo del comportamiento público y privado de las personas que implementan los grupos armados ilegales en extensas áreas del territorio nacional; (vii) el riesgo por el asesinato o desaparición de su proveedor económico o por la desintegración de sus grupos familiares y de sus redes de apoyo material y social; (viii) el riesgo de ser despojadas de sus tierras y su patrimonio con mayor facilidad por los actores armados ilegales dada su posición histórica ante la propiedad, especialmente las propiedades inmuebles rurales; (ix) los riesgos derivados de la condición de discriminación y vulnerabilidad acentuada de las mujeres indígenas y afrodescendientes; y (x) el riesgo por la pérdida o ausencia de su compañero o proveedor económico durante el proceso de desplazamiento.”

Así mismo en el Auto 092 se sostuvo: “(...) en el ámbito de la prevención del desplazamiento forzoso y al identificar los riesgos de género en el conflicto armado colombiano, la Corte hace hincapié en el riesgo de violencia sexual, constatando la gravedad y generalización de la situación de que se ha puesto de presente por diversas vías procesales ante esta Corporación en este sentido, mediante informaciones reiteradas, coherentes y consistentes presentadas por las víctimas o por organizaciones que promueven sus derechos; y explica que los relatos de episodios de violencia sexual contra mujeres sobre los que ha sido alertada incluyen, según informaciones fácticas detalladas que se reseñan en el acápite correspondiente, (a) actos de violencia sexual perpetrados como parte integrante de operaciones violentas de mayor envergadura -tales como masacres, tomas, pillajes y destrucciones de poblados-, cometidos contra las mujeres, jóvenes, niñas y adultas de la localidad afectada, por parte de los integrantes de grupos armados al margen de la ley; (b) actos deliberados de violencia sexual cometidos ya no en el marco de acciones violentas de mayor alcance, sino individual y premeditadamente por los miembros de todos los grupos armados que toman parte en el conflicto, que en sí mismos forman parte (i) de estrategias bélicas enfocadas en el amedrentamiento de la población, (ii) de retaliación contra los auxiliadores reales o

presuntos del bando enemigo a través del ejercicio de la violencia contra las mujeres de sus familias o comunidades, (iii) de retaliación contra las mujeres acusadas de ser colaboradoras o informantes de alguno de los grupos armados enfrentados, (iv) de avance en el control territorial y de recursos, (v) de coacción para diversos propósitos en el marco de las estrategias de avance de los grupos armados, (vi) de obtención de información mediante el secuestro y sometimiento sexual de las víctimas, o (vii) de simple ferocidad; (c) la violencia sexual contra mujeres señaladas de tener relaciones familiares o afectivas (reales o presuntas) con un miembro o colaborador de alguno de los actores armados legales e ilegales, por parte de sus bandos enemigos, en tanto forma de retaliación y de amedrentamiento de sus comunidades; (d) la violencia sexual contra las mujeres, jóvenes y niñas que son reclutadas por los grupos armados al margen de la ley, violencia sexual que incluye en forma reiterada y sistemática: (i) la violación, (ii) la planificación reproductiva forzada, (iii) la esclavización y explotación sexuales, (iv) la prostitución forzada, (v) el abuso sexual, (vi) la esclavización sexual por parte de los jefes o comandantes, (vii) el embarazo forzado, (viii) el aborto forzado y (ix) el contagio de infecciones de transmisión sexual; (e) el sometimiento de las mujeres, jóvenes y niñas civiles a violaciones, abusos y acosos sexuales individuales o colectivos por parte de los miembros de los grupos armados que operan en su región con el propósito de obtener éstos su propio placer sexual; (f) actos de violencia sexual contra las mujeres civiles que quebrantan con su comportamiento público o privado los códigos sociales de conducta impuestos de facto por los grupos armados al margen de la ley en amplias extensiones del territorio nacional; (g) actos de violencia sexual contra mujeres que forman parte de organizaciones sociales, comunitarias o políticas o que se desempeñan como líderes o promotoras de derechos humanos, o contra mujeres miembros de sus familias, en tanto forma de retaliación, represión y silenciamiento de sus actividades por parte de los actores armados; (h) casos de prostitución forzada y esclavización sexual de mujeres civiles, perpetrados por miembros de los grupos armados al margen de la ley; o (i) amenazas de cometer los actos anteriormente enlistados, o atrocidades semejantes.”

Como consecuencia de este reconocimiento, la Corte Constitucional ordenó tanto en el Auto 092 de 2008 como en el Auto 237 del mismo año, al gobierno nacional, y en particular al Ministerio de la Protección Social, adoptar medidas concretas para atender a las mujeres víctimas de desplazamiento en el aspecto de atención psicosocial.

4. La condición de víctima del conflicto armado interno exige acciones específicas y

concretas por parte del Estado en la prestación de los servicios de salud.⁶⁵

4.1. Tal como lo ha señalado de manera reiterada esta Corporación, el hecho de que Colombia sea un Estado Social de Derecho le imprime un sentido, un carácter y unos objetivos específicos a la organización estatal en su conjunto, que resulta –en consecuencia– vinculante para las autoridades, quienes deben guiar su actuación hacia el logro de los cometidos particulares propios de tal sistema: la promoción de condiciones de vida dignas para todas las personas, y la solución de las desigualdades reales que se presentan en la sociedad, con miras a instaurar un orden justo. Así mismo, las autoridades están obligadas –por los medios que estimen conducentes– a corregir las visibles desigualdades sociales, a facilitar la inclusión y participación de sectores débiles, marginados y vulnerables de la población en la vida económica y social de la nación, y a estimular un mejoramiento progresivo de las condiciones materiales de existencia de los sectores más deprimidos de la sociedad.

4.2. En el caso de las personas víctimas del conflicto armado, que además han tenido que desplazarse de su territorio para poder sobrevivir, esta Corporación ha establecido que dada la masiva, compleja, sistemática y continuada violación de los derechos fundamentales de este sector poblacional, el Gobierno Nacional y, en general, las autoridades públicas, deben tomar medidas tendientes tanto a la prevención de la ocurrencia de nuevos hechos como a la asistencia oportuna y completa de quienes ya los padecieron.

De acuerdo con la Observación General N° 3 adoptada por el Comité del PIDESC las medidas adoptadas por el Estado deben comprender (i) “todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas”, sin que los medios se puedan agotar en la expedición de normas; (ii) la identificación de los medios administrativos, financieros, educacionales, sociales etc. apropiados en cada caso justificando porqué son en realidad los apropiados en vista de las circunstancias; (iii) contemplar dentro de los objetivos la progresiva y plena efectividad de los derechos reconocidos, lo cual implica que hay flexibilidad ante las limitaciones del mundo real pero también que las medidas deben estar encaminadas a avanzar, no a retroceder, empleando “hasta el máximo de los recursos de que disponga y (iv) “las medidas de carácter deliberadamente retroactivo en este aspecto requerirán la consideración más cuidadosa y deberán justificarse plenamente por referencia a la totalidad de los derechos previstos en el Pacto y en el contexto del aprovechamiento pleno del

máximo de los recursos nacionales (apartado 9) e internacionales (apartado 13) de que se disponga” y protegiendo “a los miembros vulnerables de la sociedad” (apartado 12). Sexto, el margen de flexibilidad reconocido al Estado no lo exime de “asegurar la satisfacción de por lo menos niveles esenciales de cada uno de los derechos”, niveles que han de tener “carácter prioritario” y comprometen “todo esfuerzo para utilizar los recursos que están a su disposición”.

En este sentido, la prestación de los servicios de salud a las víctimas del conflicto armado interno que además ostentan la calidad de desplazados no puede limitarse únicamente a los planes básicos que se contemplan en cada uno de los regímenes, es decir, en el Régimen Contributivo y en el Subsidiado, debido a que en el diseño de estos programas no se contemplaron las especificidades que se derivan de la condición de víctima del conflicto interno. Como lo señaló el Ministerio de la protección Social en su intervención, estos planes no contemplan, entre otras cosas, atención psicológica y psiquiátrica de mediana y alta complejidad así como la implementación efectiva de un enfoque psicosocial, elementos necesarios para la prestación de los servicios de salud a las víctimas integralmente.

En el caso de las mujeres víctimas de desplazamiento, la Corte Constitucional ordenó al gobierno nacional en los Autos 092 y 237 de 2008 desarrollar un programa de atención especial para las víctimas de violencia sexual y violencia intrafamiliar. El punto de partida y el fundamento común de este tipo de programas fue precisamente el carácter de sujetos de especial protección constitucional. Tal como lo señaló la Corte Constitucional en el Auto 092 de 2008, esta protección constitucional reforzada de las mujeres víctimas del conflicto, impone a las autoridades estatales a todo nivel especiales deberes de atención y salvaguarda de sus derechos fundamentales, a cuyo cumplimiento deben prestar particular diligencia.

El carácter de sujetos de especial protección constitucional justifica que respecto de las mujeres desplazadas se adopten medidas de diferenciación positiva, que atiendan a sus condiciones de especial debilidad, vulnerabilidad e indefensión y propendan, a través de un trato preferente, por materializar el goce efectivo de sus derechos fundamentales.

En este sentido, no basta, dadas las características de esa extrema vulnerabilidad y de las necesidades específicas que enfrentan las mujeres víctimas de graves violaciones de

derechos humanos y de desplazamiento forzado interno, incluirlas dentro de un programa general de salud dirigido a la población vulnerable, ni tampoco dentro de programas especiales de atención psiquiátrica o psicológica que no tengan en cuenta su condición de víctimas. A continuación se exponen algunas consideraciones técnicas sobre las necesidades específicas que tienen las víctimas del conflicto armado en materia de atención psicosocial, aportadas por algunas de las organizaciones especializadas que han intervenido en el presente proceso.

5. La necesidad de que en la prestación de los servicios de salud a las víctimas del conflicto armado, se incluya la atención psicológica y psiquiátrica especializada e incorpore un enfoque psicosocial.

5.1. De conformidad con los informes presentados por las Corporaciones intervinientes en el proceso, la necesidad de prestar atención psicológica y psiquiátrica a las víctimas del conflicto armado se desprende de las serias afectaciones en la salud y daños graves a la integridad mental que asumen distintas particularidades dependiendo del contexto social y cultural de la persona⁶⁷. “La vivencia de hechos violentos genera fuertes impactos en la subjetividad de las personas, afecta los marcos de referencia (creencias) respecto a sí mismas y su estar en el mundo y en la constitución organizativa y simbólica de las comunidades a las que pertenecen.”

5.2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que “El funcionamiento de las áreas mentales, físicas y sociales son interdependientes. Además, la salud y la enfermedad pueden existir simultáneamente...la salud es un estado de balance incluyendo el propio ser, los otros y el ambiente...”,⁶⁸ “La salud mental involucra el logro propio en el sentido de que los individuos pueden explotar plenamente su potencial, en segundo lugar, incluye un sentimiento de control que ejerce el individuo sobre su ambiente, y finalmente, que la salud mental positiva también significa autonomía que permite a los individuos identificar, confrontar y resolver problemas”⁶⁹ y señala que debe considerarse: “... un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.⁷⁰

De acuerdo con los informes prestados⁷¹ “La salud mental abarca -entre otros aspectos- el

bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.⁷²

Así mismos estas organizaciones han señalado que los “factores de tipo biológico, social y psicológico influyen directamente en la salud mental, todas las personas se ven afectadas por las situaciones fluctuantes propias de la vida, la forma como se reacciona ante las mismas determina nuestras relaciones con el mundo y los demás seres humanos. Esta relación sujeto-mundo se torna patológica cuando las presiones sobrepasan los límites de resistencia del individuo⁷³ y llegan a afectarlo a través no sólo de enfermedades severas que producen graves incapacidades, sino también por el dolor psicológico, la angustia o el sufrimiento emocional que se padece”.⁷⁴

5.3. Las mujeres víctimas del impacto desproporcionado del conflicto armado, se ven abocadas a factores de precipitación de afectaciones mentales las cuales no reciben adecuada atención terapéutica ni acompañamiento psicosocial para su superación.

“Las mujeres víctimas del conflicto armado que se han visto forzadas a desplazarse, en una alta proporción de los casos desde áreas rurales o marginales del país, además de (1) verse abocadas a situaciones de pobreza y marginación económica en los sitios de recepción (...) (2) deben afrontar a nivel emocional y psicológico tanto (i) el dolor y los traumas derivados de haber sufrido los diversos actos de violencia a los que están expuestas (...) como (ii) los efectos psicosociales derivados de la pérdida de sus estructuras familiares y la ruptura de sus redes comunitarias de sustento, seguridad y protección, (...) y (iii) las angustias y preocupaciones propias de la necesidad de ubicarse y reconstruir sus proyectos vitales y sus medios de subsistencia, en espacios ajenos, a menudo urbanos, que les resultan por completo desconocidos, y en los que no cuentan con redes de apoyo social o económico para sí ni para sus familiares”.⁷⁵

Ellas se han visto expuestas a graves situaciones marcadas por la violencia, la discriminación y la exclusión que en sí mismas constituyen hechos traumáticos que requieren elaboración

para así favorecer el proceso de reconstrucción del proyecto de vida. Las mujeres víctimas tienen fuertes necesidades de atención en salud mental debido a las presiones y cargas psicológicas derivadas de esta condición, aunadas a la ruptura de los imaginarios sociales, redes de apoyo sociocultural y a la experiencia de la pobreza y la violencia, cuyo procesamiento debe verse aplazado o evadido ante la necesidad apremiante de responder por sus familias.⁷⁶

En virtud de lo anterior, se requiere de una atención en salud mental que permita su recuperación, dentro de la que debe contemplarse la necesidad de romper el aislamiento, reconocer sus experiencias de miedo, identificar sus enfermedades, permitirles hablar de sus sentimientos de vergüenza y de culpa y romper los tabúes que los alimentan. Y, lo más importante, permitirles hablar de lo que vivieron y facilitar la reflexión en la comunidad, combatiendo la estigmatización y promoviendo actitudes positivas que permitan el reconocimiento de las víctimas.

5.4. De otra parte cabe señalar que, como se desprende de los informes presentados por las diferentes organizaciones de Derechos Humanos consultadas por esta Corporación, la prestación de los servicios de salud a las víctimas del conflicto armado, desde una perspectiva netamente clínica, desconoce el contexto y la realidad particular atravesada por las personas que se ven obligadas a enfrentar este tipo de hechos.

En primer lugar, la perspectiva psicosocial aporta en el desarrollo de una mirada integradora de la reparación. Pero aún antes, el trabajo psicosocial con víctimas, -bien de graves violaciones de Derechos Humanos o de las normas humanitarias-, no es un asunto solamente relativo a enfoques y contenidos técnicos: encierra un posicionamiento ético y moral que ubica la acción psicosocial del lado de las víctimas. Esto pone de presente una mirada valorativa de condena contra los hechos violentos y sus autores/promotores. Ubicarse del lado de las víctimas, no implica excluir a otros sectores/actores, -entre ellos los perpetradores-, pero incluirlos a todos no supone la misma perspectiva valorativa. En otras palabras, si bien quienes han actuado como responsables de esas violaciones, pueden servirse de lo psicosocial como parte de su propio restablecimiento humano, no lleva al equívoco de atenuar las fronteras entre víctimas y victimarios.

La intencionalidad con la cual se ejerce la violencia por parte de los actores del conflicto

armado provoca impactos en el ámbito psicosocial y en la salud mental que afectan de manera directa a personas, familias y comunidades. El impacto psicosocial⁷⁷ ocasionado por las graves violaciones de los derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario es diverso, intenso, complejo y generalmente se revela de manera continua en el tiempo. A los distintos hechos de violencia a que han sido sometidas las víctimas, se suman las pérdidas materiales y simbólicas ocasionadas, entre ellas y de manera preponderante las de seres queridos, y la ruptura, des-estructuración y eventual colapso de redes personales y familiares. En ocasiones las víctimas han sido culpabilizadas y sometidas a estigmatización, sus reclamos no son escuchados por amplios sectores de la sociedad y de la institucionalidad, y sus demandas de justicia no son respondidas debidamente, lo cual revela los altos niveles de impunidad judicial y social alcanzados, impunidad que limita la posibilidad de reconstrucción de sus proyectos de vida.

5.5. Según los expertos, la perspectiva psicosocial favorece la comprensión de la particularidad de la población víctima de la violencia sociopolítica y el reconocimiento de sus múltiples contextos sociales, culturales y políticos como ámbitos en los que se construye y deconstruye la identidad y el mundo emocional, experiencial y explicativo, los cuales son constituyentes de la realidad que se vive y son al mismo tiempo susceptibles de transformación.

En ese sentido, es necesario considerar la caracterización psicosocial de cada persona y de cada población, la cual integra la mirada psicológica y la relacional- social para la identificación de los daños, transformaciones y pérdidas ocasionados por los hechos violentos de los que fueron víctimas en el contexto de la violencia sociopolítica que vive Colombia.

La mirada psicosocial desde la categoría identidad integra aspectos diferenciales como género, generación o ciclo vital, tipo de hecho violento, respuesta institucional y social, tipo de pérdidas sufridas, condiciones sociales y políticas de la persona víctima y tiempo, pues estos se constituyen en el contexto para reconocer la particularidad de cada persona o grupo.

En un primer ámbito, de la afectación emocional, se contemplan los escenarios emocionales en los que se encuentran las personas que han sido víctimas, y las narrativas o historias que realizan sobre sí mismas a partir del hecho violento.

Un segundo ámbito tiene que ver con la afectación relacional y se refiere a que la identidad es construida con los otros/as en la familia, la sociedad y la cultura, y en la medida que se haya producido un hecho violento, cambia y afecta la identidad individual y colectiva. Este aspecto contempla una comprensión en los cambios en las relaciones y en el ámbito cultural.

Como tercer ámbito, se propone una exploración de la afectación de los derechos de las víctimas, con el fin de identificar la construcción cultural y política de la persona como sujeto de derechos, acerca de sí misma y de su rol frente a los otros/as.

La revisión de las afectaciones emocional, relacional y de derechos, desde la categoría de identidad, brinda la posibilidad de obtener una mirada compleja sobre los efectos psicosociales que observamos en las familias y personas, teniendo en cuenta el contexto y el tipo de hecho violento del cual han sido víctimas.

Teniendo en cuenta lo anterior, una consecuencia fundamental de la perspectiva psicosocial es la despatologización de los individuos gracias a su visión hacia los contextos, la cual también amplía las alternativas de acción en ámbitos comunitarios de apoyo, al romper la idea clásica de la atención psicológica o psiquiátrica de consultorio circunscrita al mundo cotidiano.

6. Caso concreto.

6.1. El apoderado de las señoras Diana Carmenza Redondo y Argénida Torres y agente oficioso de María Romero y Juana Cárdenas, interpuso acción de tutela contra el Ministerio de la Protección Social por considerar que dicha entidad vulneró el derecho a la salud de sus representadas, víctimas de graves violaciones a los derechos humanos, al no adoptar medidas pertinentes para garantizar atención oportuna a las secuelas físicas y psicosociales derivadas de su especial condición de víctimas. En este sentido, señala el accionante que sus representadas han sido sometidas a excesivos trámites burocráticos para acceder a los servicios de salud y a dilaciones injustificadas en la obtención de tratamiento. Así mismo, sostiene que, pese a que sufren trastornos psicológicos y psiquiátricos, no han sido atendidas por profesionales especializados en psicología y psiquiatría que las evalúen y traten pues la prestación en los servicios de salud se ha limitado a evaluaciones físicas superficiales. Finalmente, señala que la falta de atención médica por parte de las entidades prestadoras de

servicios de salud, ha obligado a las familias de las tutelantes, de muy bajos recursos económicos, a costear en la medida de sus posibilidades a médicos particulares e, incluso, ante la desesperación, a buscar ayuda a través brujos y curanderos, para obtener una solución que vaya más allá de la atención a los padecimientos físicos.

Por su parte, el Ministerio de la Protección Social destacó como esfuerzos realizados a favor de las víctimas, las acciones realizadas para fortalecer la política nacional de prestación integral de salud en materia psicosocial dirigidos a la población en general. Sobre el asunto, señaló el Ministerio que ha expedido los lineamientos de intervención psicosocial, planteando la definición de políticas públicas en esta materia. Así mismo, indica que ha realizado documentales de difusión, manuales, guías y mesas de trabajo cuyo objeto es la formación consultiva de una política nacional con enfoque psicosocial.

En cuanto a la prestación de los servicios de salud, sostiene que estos servicios se prestan mediante la afiliación al Sistema de Seguridad Social, tanto en el Régimen Contributivo como el Subsidiado, en el marco de los planes obligatorios. No obstante, advierte que el POSS no incluye atención especializada en Salud Mental o en servicios de mediana y alta complejidad de las afecciones mentales, en lo que corresponde al tratamiento ni para patologías complicadas. Según el Ministerio es el ente territorial quien debe definir la organización de la prestación del servicio, para patologías de salud mental.

Finalmente señaló que si la población en situación de desplazamiento no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, todas las atenciones requeridas en salud mental, psicológica y psicosocial deben ser cubiertas por la Dirección Territorial de Salud.

6.2. Identificación de problemas.

Observa la Sala Primera de Revisión que las señoras Diana Carmenza Redondo, Argénida Torres, María Romero y Juana Cárdenas, presentan graves afectaciones en su salud física y mental como consecuencia de haber sido víctimas de las dos masacres ocurridas en El Salado en los años 1.997 y 2.000. Estas afecciones, fueron demostradas por la Comisión Colombiana de Juristas mediante la presentación de un informe elaborado por una psicóloga, a cargo de la atención psicosocial de la Fundación Mencoldes quien evaluó a cada una de las afectadas. Sin embargo, además del informe, como lo evidencian las pruebas aportadas al

presente proceso, los hechos ocurridos en el Corregimiento de El Salado, por su crueldad y sevicia, han dejado en quienes los padecieron secuelas permanentes que se evidencian en los estados emocionales de las víctimas.

No obstante lo anterior, pese al deterioro físico, psicológico y psicosocial de las accionantes y a que son sujetos de especial protección dadas sus condiciones de vulnerabilidad, la atención médica que recibieron por cuenta de las entidades pertenecientes al Sistema Nacional de Salud fue en exceso deficiente.

En primer lugar, estas mujeres y sus familias fueron sometidas a excesivos e injustificados trámites administrativos y burocráticos, los cuales se constituyeron en verdaderos obstáculos para el acceso a los servicios de salud. Como se extrae de los testimonios de las víctimas y de sus familias, las Instituciones de Salud negaron en diferentes oportunidades la prestación de dichos servicios, debido a que no portaban el carné del SISBEN. Lo anterior, a pesar de presentar el oficio remitido por la Unidad Territorial de Acción Social que indica que su portador y su núcleo familiar deben obtener atención en salud dada su condición de víctimas del desplazamiento. Así mismo, las víctimas fueron remitidas a diferentes instituciones de salud, supuestamente especializadas, que se encontraban por fuera del ente territorial donde ellas residían, a pesar de que existían centros de atención especializados más cercanos a su sitio de residencia, debido a que para la remisión a los centros de salud se toma en cuenta el lugar donde se hace la inscripción en el RUPD y no el lugar de residencia actual. En el caso particular de la señora Maria Romero se le negó la prestación de los servicios de salud en la ciudad de Barranquilla, ciudad a la que además tuvo que trasladarse ante la ausencia de servicios médicos calificados en el Corregimiento de El Salado, dado que esta realizó su inscripción en el RUPD en el Departamento de Bolívar.

En tercer lugar, no fueron atendidas por profesionales especialistas en salud mental, situación que produjo el deterioro progresivo de sus condiciones de salud y un mal diagnóstico sobre el origen de sus padecimientos y el tratamiento a seguir. La evaluación y diagnóstico realizado por los médicos generales fue superficial y se limitó a aspectos de la salud física, a pesar de que las afectadas manifestaron padecer de problemas emocionales. Juana Cárdenas relata que el primer médico que la atendió únicamente le dio unos tranquilizantes sin remitirla a un profesional en el campo de la salud mental y que en Corsalud la médica que la atendió se limitó a comunicarle que el cuadro sintomático de

desequilibrio, angustia, pérdida del sueño, tristeza y desánimo estaba asociado a la menopausia, lo mismo ocurrió en el caso de Argenida Torres.

En cuarto lugar, en los casos en que se atendieron afectaciones a la salud mental, y se recurrió a tratamientos psiquiátricos como se reconoce en el dictamen pericial,⁷⁸ la prescripción médica y el internamiento de los pacientes en centros especializados no implicaron una mejoría en relación a la situación de vulnerabilidad.

En quinto lugar, las familias de estas víctimas, pese a sus precarias condiciones económicas, tuvieron que costear los medicamentos y tratamientos, además de los transportes y estadías en las ciudades donde les prestaron los servicios de salud, porque éstos no se encuentran incluidos en el POSS.

En sexto lugar, no se les ofrecieron tratamientos continuos. Las accionantes fueron atendidas por distintos profesionales, ubicados en diversas zonas, sin que su historia clínica pudiera ser compartida y examinada por ellos, y sin que las acciones y procedimientos médicos tuvieran un hilo conductor común y un seguimiento profesional sistemático que permitiera determinar si las acciones emprendidas eran las necesarias, o definir qué habían fracasado en cada caso.

Y en séptimo lugar, aún en el evento de atención psiquiátrica especializada, tal enfoque no fue acompañado o apoyado por profesionales especialistas en atención psicosocial para víctimas de graves violaciones de derechos humanos que pudieran haber hecho seguimiento a sus casos de acuerdo a las especificidades de este tipo de tratamiento.

A los padecimientos físicos y mentales de las accionantes, se suman las condiciones de vulnerabilidad extrema que viven por la atención tardía o la falta de atención por parte de Acción Social y de otras entidades nacionales que hacen parte del Sistema Nacional de Atención a la Población Desplazada (SNAIPD), así como de acciones concretas de protección por parte de las entidades territoriales donde se encuentran las accionantes.

Las falencias identificadas en los cuatro casos documentados en la presente tutela, ilustran tanto la grave situación de vulneración de sus derechos que enfrentan las accionantes, como las falencias institucionales en materia de atención psicosocial a las víctimas de graves violaciones de derechos humanos, incluido el desplazamiento forzado. En esa medida, es

necesario que la Sala Primera de Revisión dicte tanto órdenes puntuales para responder a las necesidades específicas de las accionantes, como órdenes complejas para que las autoridades demandadas y vinculadas al presente proceso adopten los correctivos necesarios a los programas de atención en salud y atención psicosocial, de tal manera que se asegure el goce efectivo del derecho a la salud a todas las víctimas de graves violaciones de derechos humanos y de desplazamiento forzado interno.

6.3. Órdenes puntuales

Teniendo en cuenta los obstáculos y las limitaciones que tuvieron que enfrentar Diana Carmenza Redondo, Argénida Torres, María Romero y Juana Cárdenas para acceder a los servicios de salud y la deficiente atención que recibieron por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud, este Tribunal ordena:

1. Al Ministerio de la Protección Social que, en el término de quince (15) días contados a partir de la notificación de la presente providencia, en coordinación con las Secretarías de Salud de las entidades territoriales en las cuales se encuentren ubicadas las accionantes, esto es, las Secretarías de Salud de los Departamentos de Bolívar, Atlántico y Sucre y con las entidades que designen para la prestación de los servicios de salud, realicen una valoración médica especializada de las accionantes que incluya tanto el diagnóstico por parte de profesionales en salud mental (psicólogos y psiquiatras) como salud física, acompañados por profesionales expertos en enfoque psicosocial para víctimas, para lo cual pueden solicitar orientación a cualquiera de las organizaciones intervinientes en el presente proceso, para determinar el curso de acción y el tratamiento a seguir en cada caso. Así mismo, estos profesionales deberán hacerle seguimiento continuo al estado de salud física y mental de las afectadas hasta que se restablezcan sus condiciones normales de salud. La responsabilidad de la asistencia en salud a las señoras Diana Carmenza Redondo, Argénida Torres, María Romero y Juana Cárdenas, pese a la coordinación que realice con las entidades competentes, recaerá en el Ministerio de la Protección Social. Si alguna de las accionantes se trasladara de Departamento, el Ministerio deberá coordinar la prestación de los servicios con la Secretaría de salud del Departamento correspondiente.

2. El Ministerio de la Protección Social deberá coordinar acciones efectivamente conducentes a que los recursos financieros requeridos para costear los tratamientos estén disponibles y

para que los obstáculos administrativos, tales como la falta de carné o de contrato específico con la EPS o centro especializado sean superados, además de garantizar una atención integral en salud. Para esto debe determinarse cuál es el centro de salud especializado que debe atender a cada accionante teniendo en cuenta la cercanía con el sitio de vivienda y las necesidades de tratamiento específico que resulten de la valoración que se les haga, de conformidad con el siguiente numeral Esta atención y seguimiento deberá prestarse hasta que se restablezca la salud de las afectadas.

3. Como es probable que las tutelantes deban movilizarse o deban ser trasladadas hacia la cabecera municipal o hacia ciudades capitales para practicarse exámenes especializados, el sistema general de salud debe cubrir los gastos que por este concepto se generen para las accionantes y sus acompañantes (uno por persona). Igualmente si deben permanecer en una ciudad diferente a la de su residencia habitual, y no se requiere la hospitalización, la institución prestadora del servicio de salud a la que corresponda, correrá con todos los gastos de alojamiento y alimentación.⁷⁹

4. Al Ministerio de la Protección Social que en coordinación con las entidades competentes, vincule en la atención psicosocial a las familias de las tutelantes y a las personas que después de la evaluación realizada por el equipo interdisciplinario, éste estime conveniente, como podría ser el caso de miembros de la comunidad que constituyen la red de apoyo social para las accionantes, esto en tanto se trata de entornos de soporte constituidos por personas con experiencias traumáticas compartidas.

5. A la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (Acción Social) que, en el término de 15 días, contados a partir de la notificación de la presente providencia, valore las condiciones de vulnerabilidad extrema en las que se encuentran las accionantes y determine el estado actual de las ayudas recibidas por estas y sus núcleos familiares, como víctimas del desplazamiento forzado, para que, adelante y concluya las acciones necesarias para que se les garantice el acceso efectivo a los planes y programas de atención y estabilización a los que tiene derecho. Esto incluye el ofrecerles una solución definitiva mediante la ejecución de programas serios y continuados de estabilización económica y social, hasta tanto las condiciones que dieron origen a la vulneración de sus derechos fundamentales desaparezcan.

6.4 Órdenes complejas.

De la evaluación realizada por esta Corporación a cada uno de los casos reseñados, se desprende que se requiere el diseño e implementación de protocolos, programas y políticas de atención en salud que respondan a las necesidades particulares de las víctimas del conflicto armado, sus familias y comunidades, especialmente en lo referido a la recuperación de los impactos psicosociales, producidos por su exposición a eventos traumáticos desencadenados por la violencia sociopolítica en el país. Como surge de la intervención del Ministerio de la Protección Social, los avances efectuados por este Ministerio, en relación con la prestación de asistencia psicosocial a las víctimas del conflicto armado son precarios. En efecto, se evidencia que la atención en salud a este sector poblacional se circunscribe únicamente a los planes básicos contemplados en el Régimen Contributivo y en Régimen Subsidiado que no incluye entre otras cosas, atención psicosocial mediante profesionales especializados, ni atención de mediana y alta complejidad en el caso del Régimen Subsidiado. De conformidad con el artículo 28 del Acuerdo 03 de 2009, el Régimen Subsidiado contempla únicamente atención de Urgencias para pacientes con trastornos mentales y la consulta ambulatoria de valoración psicológica. Así mismo estos planes carecen aún de la implantación de un enfoque diferencial en la prestación de los servicios de salud teniendo en cuenta factores como el género, la etnia, la edad, las condiciones psicosociales, entre otros factores.⁸⁰

De conformidad con lo anterior, este Tribunal ordena al Ministerio de la Protección Social que, en el plazo máximo de seis meses, contados a partir de la notificación de esta providencia, en coordinación con las entidades encargadas de prestar los servicios de salud a nivel territorial, diseñe e implemente los protocolos, programas y políticas necesarias de atención en salud que respondan a las necesidades particulares de las víctimas del conflicto armado sus familias y comunidades, especialmente en lo referido a la recuperación de los impactos psicosociales, producidos por su exposición a eventos traumáticos desencadenados por la violencia sociopolítica en el país. Estos protocolos, programas y políticas deben, como mínimo, comprender:

1. Un ámbito de cobertura necesario y obligatorio que le permita enfrentar la realidad fáctica

de las víctimas de desplazamiento forzado, en particular las afecciones a su salud mental y emocional así como al proyecto de vida y las relaciones con el entorno familiar, cultural y social.

1. Sistema de promoción y prevención de la salud con enfoque diferencial.

1. En el diseño de programas de atención en salud mental a víctimas de la violencia sociopolítica se deben incorporar estrategias que permitan abordar las secuelas colectivas y daños psicosociales comunitarios generados por los hechos violatorios de alta y mediana complejidad; ya que lo colectivo se convierte en condición para garantizar un entorno adecuado y protector de la salud mental. De igual manera se deben contemplar los entornos culturales e históricos.

1. Es urgente fortalecer la capacitación de los trabajadores de la salud en temas de impactos psicosociales de la violencia sociopolítica, atención psicosocial en el campo de la salud mental y cuestiones relacionadas con el género y otros impactos diferenciales como la etnia y la edad, de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia, especialmente aquellas relacionadas con la afectación por la violencia sociopolítica.⁸¹

1. Es también primordial garantizar el acceso a los medicamentos, procedimientos diagnósticos y atención por servicios especializados, estén o no cubiertos por el POS, como vía para garantizar servicios oportunos y pertinentes adecuados a las necesidades particulares de la población en situación de desplazamiento. Además debe asegurarse la articulación interinstitucional que permita viabilizar las intervenciones encaminadas al restablecimiento de la salud de las mujeres víctimas, que involucren además las

modificaciones pertinentes a los determinantes de su salud, a nivel personal, familiar, comunitario y social.

1. Debe garantizarse que se disponga de profesionales capacitados y cualificados en el área médica, de atención psicosocial y psiquiátrica y de otros profesionales, que después de la evaluación se consideren necesarios, y que se disponga también de los recursos materiales necesarios para el abordaje de la problemática expuesta, durante el tiempo que sea necesario.

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

1. Estos programas deben contar con indicadores de resultado de goce efectivo de derechos, así como los criterios de racionalidad señalados por la Corte Constitucional en los Autos 092 y 237 de 2008.

Para asegurar el cumplimiento de estas órdenes por parte de las distintas autoridades, se comunicará la presente sentencia al Defensor del Pueblo y al Procurador General de la Nación para que, dentro de la órbita de sus competencias, efectúen un seguimiento del cumplimiento del presente fallo y vigilen la actuación de las autoridades.

En mérito de lo anterior, la Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

Primero.- REVOCAR el fallo proferido por el Juzgado el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cartagena – Sala de decisión Civil de Familia- y en su lugar CONCEDER la protección del derecho a la salud de las señoras Diana Carmenza Redondo, Argénida Torres, María Romero

y Juana Cárdenas.

Segundo.- ORDENAR. al Ministerio de la Protección Social que, en el término de quince (15) días contados a partir de la notificación de la presente providencia, en coordinación con las Secretarías de Salud de las entidades territoriales en las cuales se encuentren ubicadas las accionantes, esto es, las Secretarías de Salud de los Departamentos de Bolívar, Atlántico y Sucre y con las entidades que designen para la prestación de los servicios de salud, realicen una valoración médica especializada de las accionantes que incluya tanto el diagnóstico por parte de profesionales en salud mental (psicólogos y psiquiatras) como salud física, acompañados por profesionales expertos en enfoque psicosocial para víctimas, para lo cual pueden solicitar orientación a cualquiera de las organizaciones intervinientes en el presente proceso, para determinar el curso de acción y el tratamiento a seguir en cada caso. Así mismo, estos profesionales deberán hacerle seguimiento continuo al estado de salud física y mental de las afectadas hasta que se restablezcan sus condiciones normales de salud. La responsabilidad de la asistencia en salud a las señoras Diana Carmenza Redondo, Argénida Torres, María Romero y Juana Cárdenas, pese a la coordinación que realice con las entidades competentes, recaerá en el Ministerio de la Protección Social. Si alguna de las accionantes se trasladara de Departamento, el Ministerio deberá coordinar la prestación de los servicios con la Secretaría de salud del Departamento correspondiente. El Ministerio deberá también garantizar que se vincule en la atención psicosocial a las familias de las tutelantes y a las personas que después de la evaluación realizada por el equipo interdisciplinario, éste estime conveniente, como podría ser el caso de miembros de la comunidad que constituyen la red de apoyo social para las accionantes, esto en tanto se trata de entornos de soporte constituidos por personas con experiencias traumáticas compartidas.

Tercero.- ORDENAR al Ministerio de la Protección Social que coordine acciones efectivamente conducentes a que los recursos financieros requeridos para costear los tratamientos estén disponibles y para que los obstáculos administrativos, tales como la falta de carné o de contrato específico con la EPS o centro especializado sean superados, además de garantizar una atención integral en salud. Para esto debe determinarse cuál es el centro de salud especializado que debe atender a cada accionante teniendo en cuenta la cercanía con el sitio de vivienda y las necesidades de tratamiento específico que resulten de la valoración que se les haga, de conformidad con el siguiente numeral Esta atención y seguimiento deberá prestarse hasta que se restablezca la salud de las afectadas.

Cuarto.- ORDENAR A la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (Acción Social) que, en el término de 15 días, contados a partir de la notificación de la presente providencia, valore las condiciones de vulnerabilidad extrema en las que se encuentran las accionantes y determine el estado actual de las ayudas recibidas por estas y sus núcleos familiares, como víctimas del desplazamiento forzado, para que, adelante y concluya las acciones necesarias para que se les garantice el acceso efectivo a los planes y programas de atención y estabilización a los que tiene derecho. Esto incluye el ofrecerles una solución definitiva mediante la ejecución de programas serios y continuados de estabilización económica y social, hasta tanto las condiciones que dieron origen a la vulneración de sus derechos fundamentales desaparezcan.

Quinto.- ORDENAR al Ministerio de la Protección Social que, en el plazo máximo de seis meses, contados a partir de la notificación de esta providencia, en coordinación con las entidades encargadas de prestar los servicios de salud a nivel territorial y con las entidades del SNAIPD, diseñe e implemente los protocolos, programas y políticas necesarias de atención en salud que respondan a las necesidades particulares de las víctimas del conflicto armado, sus familias y comunidades, especialmente en lo referido a la recuperación de los impactos psicosociales, producidos por su exposición a eventos traumáticos desencadenados por la violencia sociopolítica en el país. Estos protocolos, programas y políticas deben, como mínimo, comprender:

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

1. Sistema de promoción y prevención de la salud con enfoque diferencial.

1. Construcción de indicadores de impacto que faciliten el seguimiento y veeduría de su

aplicación. En este punto además se requiere que se posibiliten prácticas participativas que integren a la comunidad y promuevan su acción en la promoción, la prevención y el tratamiento de la salud mental.

1. En el diseño de programas de atención en salud mental a víctimas de la violencia sociopolítica se deben incorporar estrategias que permitan abordar las secuelas colectivas y daños psicosociales comunitarios generados por los hechos violatorios; ya que lo colectivo se convierte en condición para garantizar un entorno adecuado y protector de la salud mental. De igual manera se deben contemplar los entornos culturales e históricos.

1. Es también primordial garantizar el acceso a los medicamentos, procedimientos, diagnósticos y atención por servicios especializados, estén o no cubiertos por el POS, como vía para garantizar servicios oportunos y pertinentes adecuados a las necesidades particulares de la población en situación de desplazamiento.

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

1. Estos programas deben contar con indicadores de resultado de goce efectivo de derechos, así como los criterios de racionalidad señalados por la Corte Constitucional en los Autos 092 y 237 de 2008.

Séptimo.- Para garantizar la más amplia participación de las organizaciones nacionales e internacionales que promueven los derechos de las víctimas del conflicto armado, en el proceso de cumplimiento de las órdenes impartidas en la presente providencia se COMUNICA la misma a las organizaciones Casa de la Mujer, SISMA Mujer, Pastoral Social, a la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación, a la Comisión de Seguimiento a la Política Pública

de Atención a la Población Desplazada, a la Fundación Dos Mundos, a Plan Internacional, a AFRODES, a la Organización Nacional Indígena de Colombia - ONIC, a AICO y a PAISS y DEJUSTICIA.

Octavo.-Líbrense por Secretaría General la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Cópiese, notifíquese, comuníquese, publíquese en la Gaceta de la Corte Constitucional y cúmplase.

MARIA VICTORIA CALLE CORREA

Magistrada

MAURICIO GONZALEZ CUERVO

Magistrado

JUAN CARLOS HENAO PEREZ

Magistrado

MARTHA VICTORIA SACHICA MENDEZ

Secretaria General

1 Folios 69 al 76 del expediente de tutela cuaderno 1.

2 De acuerdo a lo contenido en la hoja de evolución médica del hospital Centro de Atención y Rehabilitación Integral en Salud (CARI), la señora María Romero presenta ideas delirantes, amnesia parcial, estado de animo depresivo, así como alucinaciones visuales y auditivas, entre otros síntomas. La evolución clínica señala la relación existente entre las experiencias traumáticas padecidas por María Romero con los signos y síntomas detectados por el médico tratante.

3 Folios del 83 al 89 cuaderno 1 del expediente de tutela.

4 En este sentido, la institución que la atiende debe dar la posibilidad a la mujer de que elija el sexo de la persona que la va a atender.

5 Consultar “Manual para la Documentación de Casos de Violencia Sexual” Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación, disponible en: http://www.cnrr.visiondirecta.com/09e/spip.php?rubrique55&var_mode=calcul

6 Ministerio de la Protección Social y Asociación Colombia de Psiquiatría. (2007). Política Nacional del Campo de la Salud Mental: Documento-Propuesta para discusión y acuerdos. Bogotá: Editorial Kimpres.

7 Gómez Dupuis, Nieves. (2009). Peritaje psicosocial por violaciones a derechos humanos. Colección Psicología Social. Guatemala: ECAP.

8 OMS. (2004). Op. cit. p. 17

10 Gostin, L. (2001). Más allá de los reclamos morales. Un enfoque de Salud Mental basado en los derechos humanos. Sección especial: conservando los derechos humanos en la agenda bioética. Publicación trimestral Cambridge de Ética para la atención de la salud, 10, pp. 254-274.

11 Gómez Dupuis, Nieves. (2009). Op. cit.

12 Madariaga, Carlos. (2000). Op. cit.

13 Mondaca, Margarita. (s.f.). Lo colectivo en la reconstrucción de lo humano: Grupos de autoayuda. Chile: CINTRAS. Consultado el 10 de noviembre de 2009 en <http://www.redsalud-ddhh.org/libros/ibropaisajesdeldolor/Lo%20colectivo.PDF>

14 Castaño, Bertha Lucía. (2004). A propósito de lo psicosocial y el desplazamiento. En: Bello, Martha Nubia. Desplazamiento Forzado. Dinámicas de Guerra, exclusión y desarraigo. ACNUR-Universidad Nacional de Colombia, 2004.

15 Madariaga, Carlos. (2000). Op. cit.

16 Castaño, Bertha Lucía. (2004). Op. cit.

17 Gómez Dupuis, Nieves. (2009). Op. cit.

18 Pérez-Sales, Pau. (2007). Salud Mental, Violencia Política y Desastres. En: Psiquiatría y Sociedad: La Salud Mental frente al cambio social. Compilador: Alfonso Rodríguez. Universidad El Bosque- Instituto Colombiano del Sistema Nervioso. Bogotá. Editorial Kimpres, pp. 75 - 109.

19 Tribunal Penal para Ruanda, caso Kayisema y Ruzindana, 21 mayo 1999, párr. 107.

20 Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia, caso N° IT-98-30/1-t 2 noviembre 2001, párr. 170. Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia caso IT-95-17/1-t 10 diciembre 1998. Furundijza. párr. 272.

21 Tribunal Penal para Ruanda. Caso 21 mayo 1999. Caso Kayishema y Ruzindana. párr. 509.

22 Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia, caso N° IT-98-33-t. 2 agosto 2001 Radislaf Krtic. párr. 508 y 513, igualmente caso Karadzic y Mladic. Tribunal Penal Internacional para Ruanda caso ICTR 96-4-T. Le Procureur contre Jean-Paul Akayesu párr. 504.

23 Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia, referencia al caso Eichmann 12 diciembre 1961 por el tribunal de distrito de Jerusalén. En el caso Kvočka, se hace también referencia a los daños graves a la integridad mental derivados de las condiciones en las que se encuentran los prisioneros en el campo de Omarska; Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia (TPIY), caso N° IT-98-30/1-t 2 noviembre 2001, caso Kvočka párr. 191, 192 y 209.

24 Tribunal Penal para Ruanda. Caso 21 mayo 1999. Caso Kayishema y Ruzindana. párr. 153. Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia, caso n° IT-98-30/1-T 2 noviembre 2001, caso Kvočka, párr. 149. Tribunal Penal Internacional para la Ex Yugoslavia caso IT-95-17/1-T 10 diciembre 1998. Furundijza. párr. 267.

25 IIDH. (2006). Verdad, Justicia y Reparación. Colombia ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Costa Rica.

26 Corte IDH. Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia. Sentencia de 5 de julio de 2004. párr. 275, 276, 277 y 278.

27 Corte IDH. Caso Gutierrez Soler Vs. Colombia. Sentencia de 12 de septiembre de 2005. párr. 101, 102 y 103.

28 Corte IDH. Caso de la Masacre de Mapiripán vs. Colombia. Sentencia de 15 septiembre de 2005. párr. 96(56), 96(175), 144 y 312.

29 Corte IDH. Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia. Sentencia de 31 de enero de 2006. párr. 95(161), 274 y 296(11).

30 Corte IDH. Caso de las Masacres de Ituango vs. Colombia. Sentencia de 1 de Julio de 2006. párr. 402, 417 y 426(16).

31 Corte IDH. Caso de la Masacre de la Rochela Vs. Colombia. Sentencia de 11 de mayo de 2007. (Fondo, Reparaciones y Costas). párr. 302.

32 Corte IDH. Caso Valle Jaramillo y otros Vs. Colombia. Sentencia de 27 de noviembre de 2008. (Fondo, Reparaciones y Costas). párr. 238 y 251.

33 Gómez, Oscar. (2006). Voces de Memoria y Dignidad. Material pedagógico sobre reparación integral, módulo: Aspectos Psicosociales de Reparación Integral. Corporación AVRE.

34 Castaño, Bertha Lucía (2004). Op.Cit.

35 Gómez, Oscar. (2009). Aportes psicojurídicos en los procesos de exigibilidad en víctimas de violencia política. Ponencia elaborada por Oscar Gómez Coordinador proyecto Verdad, justicia y reparación, de la

Corporación AVRE – para el CONGRESO LASA realizado en Río de Janeiro-Brasil en Junio de 2009. Ver también: Corporación AVRE. (2007). Memorias Conversatorio: “Efectos psicosociales de la impunidad: impactos individuales, familiares y colectivos generados en las víctimas por los espacios derivados de la ley 975/05”; Corporación AVRE. (2008). Lugar imperativo del acompañamiento psicosocial y la atención en salud mental: Reflexiones desde

la práctica colombiana; documentos disponibles en <http://www.corporacionavre.org>

36 Gómez Dupuis, Nieves. (2009). Op. cit.

37 Corte Constitucional, Auto 092 de 2008. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

38 Ibídem, Aparte IV.B.2.1.

39 Ibídem.

40 Ibídem.

41 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1999), afirmando que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, decidió, en su 20º período de sesiones, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 21, hacer una recomendación general sobre el artículo 12 de la Convención.

42 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1999). Op.Cit., párr. 6.

43 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1999). Op.Cit., párr. 16.

44 Corte Constitucional. Auto 092 de catorce (14) de abril de dos mil ocho (2008). Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa.

45 Ibídem.

46 Corte Constitucional. Auto 092 de catorce (14) de abril de dos mil ocho (2008). Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa.

47 Ibídem.

48 La elaboración de concepto experto contó con la asesoría de IVETTE CÀRDENAS JARAMILLO, médica Universidad Javeriana. Psiquiatría y Psicoanálisis Universidad París VIII (Francia), quien ha trabajado con refugiados y víctimas de la violencia política (Francia) y en el Hospital Psiquiátrico Erasme -Antony (Francia). En la actualidad docente de Medicina Comunitaria y Salud Pública en la Universidad del Rosario y la Universidad el Bosque.

49 Arias, Jiovani. "Desplazamiento forzado en Colombia, reflexiones sobre su implicación emocional". En: Revista Palimpsesto, Universidad Nacional de Colombia N° 2. Bogotá D.C, Colombia., 2002

50 Beristain, Carlos Marín. Diálogos sobre la Reparación, Experiencias en el sistema Interamericano de Derechos Humanos. Tomo 1. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Diciembre 2008. pp 46.

51 Para una ampliación respecto de las categorías que se utilizaron en la aplicación del Examen ver Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12:189-98. Rosselli D, Ardila A, Pradilla G, Morillo L, Bautista L, Rey O, et al. El examen mental abreviado (Mini- Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. Rev Neurol 2000; 30:428-32.

52 IASC, Inter-Agency Standing Committee. Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. Véase: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>. El IASC es el Comité Permanente entre Organismos (IASC). Fue creado en 1992 en respuesta a la resolución 46/182 de la Asamblea General de la ONU, en que se exhortó a fortalecer la coordinación de la asistencia humanitaria. La resolución estableció el IASC como mecanismo principal para facilitar la adopción de decisiones entre organismos, en respuesta a situaciones complejas de emergencia y desastres naturales. El IASC está formado por los representantes de diversos organismos de asistencia humanitaria, tanto pertenecientes a las Naciones Unidas como ajenos a la Organización. 2007

54 Honwana Alcinda, Local knowledge in the Post-War Healing and Reintegration of War-Affected Children in Angola (1998)

55 Arias Jiovani et. Al Trauma, Resilience And Cultural Healing: How Do We Move Forward? Edited by Dr Linda Dowdney, 2006.

56 Ver, por ejemplo, Corte Constitucional, Sentencia T-330 de 1993.

57 ACNUR. Balance de la política pública de prevención, protección y atención al

desplazamiento interno forzado en Colombia, agosto 2002 – agosto 2004.

58 ACNUR, Balance de la política pública de atención integral a la población desplazada por la violencia 2004-2006. Documento sin publicar, 2007.

59 Desarrollada por la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia y el área de Atención a la Población Desplazada de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, con el apoyo de ACNUR.

60 Morin. E. Por una Reforma al Pensamiento, Revista UNICEF 1996.

61 Gergen, K . Realidades y relaciones, editorial Paidós. Barcelona. 1996.

62 Fruggeri, L. “El proceso terapéutico como construcción social de cambio.”, Gergen , K. (compilador), La terapia como construcción social, editorial Paidós, Barcelona.

63 Maturana, H. Emociones y lenguaje en educación y política. Hachete, Santiago de Chile. 1992

64 MP: Manuel José Cepeda Espinosa.

65 Este apartado se construyó a partir de las intervenciones de las diferentes organizaciones, no gubernamentales, que remitieron sus conceptos.

66 Ver, entre otras, Sentencia T-025 de 2004, T- 760 de 2008.

67 Gómez Dupuis, Nieves. (2009). Op. cit.

68 OMS. (2004). Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, práctica: informe compendiado. Informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud (VicHealth) y la Universidad de Melbourne. Ginebra. p. 14.

69 OMS. (2004). Op. cit., p. 22

70 OMS. (2001a). Fortaleciendo la promoción de la Salud mental. Ginebra. Hoja informativa Nº 20. p. 1

71 Folios 29 al 235 cuaderno 1 expediente de tutela.

72 Organización Mundial de la Salud. Política, planes y programas de salud mental: conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Ginebra, OMS, 2005

73 QUIÑONEZ Torres, Liliana. La salud mental, todo un reto. En: MEDUNAB Publicación de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, diciembre de 2006, vol. 20, nº 2, editorial.

74 GONZÁLEZ Vélez, Ana (Coord.). Ob. Cit. Pág. 16.

75 Ibídem.

76 Ibídem.

77 “En ausencia de consensos respecto de qué es lo psicosocial, se acepta que describe una forma de comprensión de los fenómenos humanos en una perspectiva relacional, en lo referente al sujeto y a su entorno afectivamente relevante, en donde se construyen los símbolos, significados y significantes de manera interactiva. Denota, igualmente, la forma de comprensión de fenómenos desde lo subjetivo y desde lo social, a tiempo que permite delinear formas de acción que en la práctica se expresan con herramientas que abordan estas dos dimensiones. En este sentido, la perspectiva psicosocial implica una aceptación de que los hechos violentos, como aquéllos a través de los cuales se expresan las violaciones de los Derechos Humanos y las Infracciones del DIH, son capaces de causar consecuencias de orden psicológico en colectivos y sujetos relacionamente considerados. Este enfoque trasciende la esfera individual y, por lo mismo, demanda un tipo de abordaje y herramientas acordes a tal comprensión. De modo que lo psicosocial no es entendido desde la dicotomía entre lo psíquico y lo social, donde cabrían unas acciones orientadas a cambiar al sujeto (consulta individual, fármacos, etc.), y otras acciones para cambiar la “realidad” social que el individuo percibe (proyectos productivos, organizaciones comunitarias, reuniones para establecer acciones frente al miedo, etc.), sino como una posibilidad de describir y abordar a través del lenguaje, a una realidad que se alimenta e impacta dos dimensiones interdependientes. Una perspectiva psicosocial supone, entonces, una forma de comprender y abordar los fenómenos desde un enfoque integrador. Modelo para la atención a población en situación de Desplazamiento”. Fundación Dos Mundos 1998.

78 Folios 64 al 98 cuaderno 2 del expediente de tutela.

79 En sentido similar, la prestación de los servicios de salud en una ciudad diferente a la del lugar donde reside el afiliado al régimen subsidiado, no puede convertirse en obstáculo para el acceso a los servicios de salud. Por tanto, la jurisprudencia constitucional ha reiterado que en casos excepcionales el sistema general de seguridad social en salud, debe prestar a los afiliados el transporte de un Municipio a otro, siempre y cuando; a) tal traslado sea indispensable para preservar la vida y restablecer la salud del paciente; b) por no existir en una entidad territorial los medios e instrumentos para prestar la atención pertinente a los usuarios del sistema y, c) no cuente con los requisitos para costearlo. Sentencia T-459 de 2007, M.P.: Marco Gerardo Monroy.

80 La Corte Constitucional, en ejercicio de sus facultades legales ha proferido diferentes fallos de tutela que instan a las autoridades competentes del gobierno nacional, para que desarrollen acciones concretas propias de sus funciones, a partir del diseño de protocolos, programas y campañas, entre otras alternativas, con la finalidad de proteger los derechos fundamentales de grupos poblacionales especialmente afectados. Entre otras, puede consultarse la Sentencia T-388 de 2009 (MP Humberto Sierra Porto) que ordenó al Ministerio de la Protección Social así como al Ministerio de Educación Nacional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, el diseño de movimientos y campañas masivas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos que contribuyen a asegurar a las mujeres en todo el territorio nacional el libre y efectivo ejercicio de estos derechos.

81 Esto además en cumplimiento a los acuerdos y recomendaciones de la CEDAW.