

C O R P O R A C I O N
V P N C U L O S

C O R P O R A C I O N
V P N C U L O S



CONSULTORIA CONTRATADA POR LA COMISION COLOMBIANA
DE JURISTAS

Septiembre- noviembre de 2016

ACCESO A LA SALUD INTEGRAL PARA LAS VÍCTIMAS DEL
CONFLICTO ARMADO EN COLOMBIA

Informe Final de Consultoría:

Diego Fernando Abonia Vergara- Consultor

Liz Arévalo Naranjo- Directora de la Corporación Vínculos

Noviembre 15 de 2016

CONTENIDO

1. Presentación
2. Aspectos que justifican pensarse un Sistema de Salud Integral diferenciado para las personas victimizadas
 - 2.1 La reparación integral de las víctimas a través de la atención en salud: ¿Para cuándo?
 - 2.2 Un Sistema de salud para las víctimas del conflicto sociopolítico en Colombia: ¿Qué debe contener?
 - 2.3 La atención psicosocial y en salud integral para las víctimas desde el PAPSIVI y el Sistema General de Seguridad Social y en Salud
 - 2.4 La atención integral en salud y la reparación de las víctimas: Una obligación moral y un derecho
3. Contextualización: Estado actual de la atención en salud integral a las víctimas de la violencia sociopolítica – El Sistema de Salud colombiano y la Atención Psicosocial a las víctimas –
 - 3.1 El derecho a la salud de las personas victimizadas que han acudido ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos: un reconocimiento al derecho a la rehabilitación
 - 3.2 El derecho a la salud integral en el ámbito interno desde la sentencia T-045
 - 3.3 Condiciones estructurales del Sistema General de Seguridad Social y en Salud colombiano: De la Ley 100 a la Ley Estatutaria: pocos avances para la garantía del derecho y reparación integral en salud
4. La salud y la atención psicosocial desde la perspectiva de los acuerdos de paz con la guerrilla de las FARC-EP
5. La salud integral desde la perspectiva de las víctimas
6. La atención en salud a las víctimas de dictaduras y conflictos de violencia política en Suramérica: El Caso Chile
7. Un Sistema de Salud desde la perspectiva Psicosocial Digno para las víctimas del conflicto sociopolítico y en el marco de la Reparación Integral
 - 7.1 Pensarse un sistema de salud para las víctimas del conflicto ¿Qué alternativas quedan?
 - 7.2 La participación e Incidencia de las Víctimas
8. Conclusiones
9. Recomendaciones
10. Anexos
 - Bibliografía
 - Documentos

1. Presentación¹

El estado colombiano ha logrado, después de 52 años de guerra con las FARC- EP - según el historiador que se consulte esta guerra social y política puede ser de más de 50 años- un acuerdo de paz con dicha guerrilla. Los orígenes del conflicto son complejos, abarcan el problema de la tenencia de la tierra y de la exclusión política a la hora de la participación de aquellas voces que difieren del establecimiento y del accionar de las elites políticas, económicas y militares; no obstante, la problemática del conflicto armado no se reduce a esos dos importantes exigencias, lo armado fue y es – el ELN continua en armas- una manifestación de inconformismo con las condiciones sociales y económicas del país, las cuales lamentablemente no han cambiado, y albergamos la esperanza que se trasformen gracias al impulso social que permitirán los acuerdos para una paz estable y duradera con las FARC. Precisamente, en el marco de ese conflicto social agravado, ubicamos la ausencia del Estado en la Colombia rural así como también se encuentra la salud de las víctimas del conflicto armado, de sus familiares y de la sociedad en su conjunto que de alguna u otra forma se ha visto afectada por este longevo conflicto. La precariedad en la atención y el no reconocimiento de la salud física, mental y psicológica de las víctimas se acentúa con el paso de los años, siendo los tribunales nacionales e internacionales quienes han protegido el derecho a la salud de las víctimas gracias a la movilización y la lucha social de las mismas, y ante la total y lamentable indiferencia, acompañada de una actitud negligente del Ministerio de Salud y Protección Social, quienes a través del sistema general de salud y seguridad social (SGSSS) soportado en la Ley 100 y sus normas derivadas, pretende garantizar el derecho fundamental a la salud de todos los ciudadanos/as colombianos incluidas las víctimas del conflicto.

Precisamente, con este documento de consultoría esperamos facilitar la incidencia de las víctimas, sus organizaciones y representantes, y queremos para ello referirnos especialmente a las demandas que tienen las víctimas del conflicto armado con respecto a la atención integral en salud, pues después de más de 16 años de seguimiento a la materia y acompañamiento en la reclamación de sus derechos por parte de la Comisión Colombiana de Juristas, y más recientemente de la Corporación Vínculos, encontramos que persisten serias fallas estructurales que impiden que puedan beneficiarse de una atención integral que tenga ciertamente efectos

¹ Tanto el apartado de presentación como de justificación se basó en el documento elaborado por Mateo Gómez Vásquez y Diego Fernando Abonia V., con los aportes de Valeria Silva, denominado: “Plan Nacional de Desarrollo una oportunidad para la reparación y atención integral en salud de las víctimas del conflicto” desde la Comisión Colombiana de Juristas; editado y modificado por la Corporación Vínculos para efectos del presente documento de consultoría.

reparadores como lo obligan la Constitución, la ley y los numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos suscritos por Colombia.

En términos generales podemos afirmar que sus demandas nunca podrán ser satisfechas a través del actual sistema general de seguridad social en salud, pues la lógica bajo la cual este se encuentra concebido carece de mecanismos efectivos para lograr tal propósito.

Una oportunidad perdida para que el gobierno corrigiera el camino fue el Plan Nacional de Desarrollo², que si bien contempló un artículo³ que aborda el tema de la atención psicosocial y en salud para las víctimas del conflicto, lo cierto es que lo hace de forma tangencial para profundizar la aplicación del actual sistema de atención con la vinculación de nuevas entidades para la complementación de lo realizado por el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (en adelante PAPSIVI) y sin el propósito de atacar las causas estructurales que han puesto a las víctimas en un escenario de déficit de protección de su derecho a la salud; igual lectura, aunque con profundos e interesantes matices, observamos en los acuerdos de paz, aspecto que profundizaremos más adelante, y que se constituye quizás en el primer documento oficial, que no Ley, donde se hace un amplio reconocimiento a las víctimas, a su dolor, al daño causado por la guerra y se reivindica la necesidad de reparar, involucrando residualmente la perspectiva psicosocial para ello.

Por tal razón queremos llamar especialmente la atención del Gobierno Nacional y del Congreso de la República para que, en el marco del debate parlamentario se discuta sobre la necesidad de adoptar medidas de enfoque diferencial más certeras, como la construcción de un Sistema Especial en Salud Pública para garantizar una auténtica reparación de las víctimas del conflicto. Es por ello, que en las próximas líneas nos proponemos exponer: (1.) el estado actual de la atención en salud a las víctimas; (2.) la salud y la atención psicosocial desde la perspectiva de los acuerdos de paz; (3.) la salud integral desde la perspectiva de las víctimas (4.) la atención en salud desde experiencias de víctimas de la dictadura en Chile; (5) y, la propuesta de un modelo de salud público e integral que sea dignificante de las víctimas; lo cual involucra, la incidencia política que contribuya al fortalecimiento de los movimientos sociales y el

² Proyecto de ley 200 de 2015 Cámara “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014 -2018 “Todos Por un Nuevo País

³ Artículo 116. Enfoque social. Adiciónese el parágrafo 2 del artículo 137 de la Ley 1448 de 2011, el cual quedará así:

“Parágrafo 2. El Gobierno Nacional, a través del Departamento para la Prosperidad Social, el ICBF, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y el Ministerio de Salud, complementará las acciones del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, a fin de avanzar en la rehabilitación y recuperación emocional con enfoque psicosocial de las víctimas, organizaciones y comunidades que han sufrido daño a causa del conflicto armado”.

accionar de las organizaciones en la exigibilidad de los derechos para propender las transformaciones sociales necesarias.

El presente documento se construyó teniendo en cuenta, además de la revisión de textos y documentos, como sentencias, ensayos, artículos, y libros, escuchando, a través de informes y entrevistas directas, a personas victimizadas por los hechos conocidos como la Masacre de El Salado del año 2000 y con familiares de desaparición forzada del caso Masacre de Pueblo Bello, de enero de 1990; igualmente se entrevistaron a expertos en salud pública y defensoras de derechos humanos con experiencia en discusiones frente al derecho a la salud, y la salud rural del campesinado.

2. Aspectos que Justifican pensarse un sistema de salud integral diferenciado para las personas victimizadas

A manera de preámbulo presentamos los aspectos que consideramos justifican una apuesta política, social y jurídica por la recuperación de la dignidad de las víctimas desde la salud integral, para lo cual consideramos que un sistema de salud pública para la atención de las víctimas es aquel que permitiría que el Estado cumpliera con sus obligaciones internacionales, dadas las sentencias que ordenan la reparación y rehabilitación en salud, y también con sentencias nacionales, como quiera que a la fecha no existe un cumplimiento pleno de las sentencias, y en muchos casos ni siquiera se pueda hablar de un cumplimiento parcial. Sin embargo, la discusión no se remite exclusivamente a lo ordenado por los tribunales, invita al Ministerio de Salud y al gobierno nacional a reconocer la urgente necesidad de darle un lugar estructural y fundamental a la salud de todas las víctimas del conflicto tengan estas o no sentencias que ordenen su rehabilitación. Veamos como el sistema de salud actual y el programa bandera del Ministerio de Salud ordenada por la Ley 1448, denominado *Programa de Atención Psicosocial y Atención en Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI-* no alcanzan a satisfacer las exigencias de las víctimas, como tampoco apuntan ni a la rehabilitación y reparación de las víctimas:

2.1 La reparación integral de las víctimas a través de la atención en salud: ¿para cuándo?

En numerosas ocasiones la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha condenado al Estado colombiano por su responsabilidad en graves violaciones a los

derechos humanos con ocasión del conflicto armado interno. En el marco de tales sentencias⁴, una de las órdenes de reparación recurrente es el establecimiento de tratamientos médicos y psicológicos para reducir los padecimientos físicos y psíquicos de las víctimas del conflicto armado, sus familiares y las redes de apoyo que las acompañan⁵. Este tipo de órdenes han tenido como origen las conclusiones a las que ha arribado la Corte IDH después de la evaluación fáctica de los casos, donde han sido fundamentales los peritajes médicos y psicológicos, pues ha encontrado que las afectaciones en la salud de las víctimas de graves violaciones a los derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario redundan en serios impactos en sus proyectos de vida, sus relaciones sociales y laborales, en las dinámicas alrededor de sus familias y, en algunos casos, han supuesto incluso un riesgo para la vida e integridad personal propia y de quienes las acompañan. Asimismo, la impunidad en la resolución de sus casos ha causado y sigue causando un especial sufrimiento para ellas y sus familias, no solo por los daños sufridos, sino además por el miedo a que se repitan hechos similares. Capitulo a parte lo constituyen los casos de desaparición forzada, cuyos familiares ven impedido el trámite en la elaboración del duelo ante la ausencia de los restos o cuerpos óseos.

Ahora bien, esta preocupación no es exclusiva de la Corte IDH. A nivel interno la Corte Constitucional, en sentencias como la T-045 de 2010⁶, ha sido mucho más enfática e incisiva al conocer sobre esta problemática. De hecho, ha establecido serios

⁴ Cfr. *Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 5 de julio de 2004. Serie C No. 109, *Caso Gutiérrez Soler Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 12 de septiembre de 2005. Serie C No. 132, *Caso de la “Masacre de Mapiripán” Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 15 de septiembre de 2005. Serie C No. 134, *Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C No. 140, *Casode las Masacres de Ituango Vs. Colombia. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de julio de 2006. Serie C No. 148, *Caso de la Masacre de La Rochela Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 11 de mayo de 2007. Serie C No. 163, *Caso Escué Zapata Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 4 de julio de 2007. Serie C No. 165, *Caso Valle Jaramillo y otros Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 27 de noviembre de 2008. Serie C No. 192, y *Caso Masacre de Santo Domingo Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 30 de noviembre de 2012. Serie C No. 259.

⁵ Vgr. *Caso de la Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de enero de 2006. Serie C No. 140. Párrafo 274.:“(…) **disponer una medida de reparación que busque reducir los padecimientos físicos y psíquicos de las [víctimas](…)**. Con tal fin, el Tribunal dispone la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente, sin cargo alguno y por medio de los servicios nacionales de salud, **el tratamiento adecuado que requieran dichas personas**, previa manifestación de su consentimiento para estos efectos, a partir de la notificación de la presente Sentencia a quienes ya están identificados, y a partir del momento en que realice su identificación en el caso de quienes no lo están actualmente, y por el tiempo que sea necesario, incluida la provisión de medicamentos. **Al proveer el tratamiento psicológico se deben considerar las circunstancias y necesidades particulares de cada persona, de manera que se les brinden tratamientos colectivos, familiares e individuales, según lo que se acuerde con cada uno de ellos y después de una evaluación individual**”

⁶ M.P.: María Victoria Calle

lineamientos para que el Estado colombiano desarrolle una política pública en salud integral para víctimas del conflicto que contemple una atención con verdaderos efectos reparadores⁷. En términos generales la Corte halló que, en el caso de las víctimas del conflicto, concurre la titularidad del derecho a la salud con la protección constitucional reforzada que ostentan dada su condición de vulnerabilidad, y es precisamente en tal concurrencia donde se fundamenta la necesidad imperiosa de que el Estado despliegue todas las acciones conducentes a la satisfacción de su derecho a la salud integral.

No obstante todo lo anterior, aún no es posible evidenciar que las condiciones se encuentren dadas para que las víctimas del conflicto puedan restablecer su derecho a la salud física y mental, por cuanto el sistema general de seguridad social en salud les impone una serie de barreras administrativas, profesionales y en la atención, que impiden que los tratamientos aborden su problemática de forma integral, con un enfoque diferencial que integre todos los tratamiento médicos y psicológicos con el propósito de reparar los daños en la salud ocasionados por el conflicto sociopolítico desde una perspectiva psicosocial, tal y como lo evidenciaremos a lo largo del documento.

2.2 Un sistema de salud para las víctimas del conflicto sociopolítico en Colombia ¿Qué debe contener?

Como lo hemos evidenciado hasta este punto, los diferentes hechos victimizantes que han padecido y padecen las víctimas del conflicto-los cuales han originado traumas psicosociales, psicológicos y físicos- obligan al Estado a garantizar una reparación en materia de salud. Esto significa que el dolor y el daño que se les ha causado debe ser abordado por las instituciones estatales con la más profunda ética y reconociendo ampliamente su dignidad, de tal forma que el mismo pueda ser elaborado y transformado por la víctima. Ello presupone que el cuerpo y la psiquis, afectadas por un hecho violento, no pueden ser divididos y tratados como amorfos, sino que se deben concebir como una unidad física y psíquica indivisible. Por ende, un sistema de salud público para las víctimas del conflicto debe ser ante todo reparador y propender por la recuperación de la condición humana que precisamente la guerra ha anulado,

⁷ *Ibidem*: “Resuelve: (...) 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”.

y que el sistema de salud actual no se encuentra en la capacidad de reconocer y atender.

En consecuencia, y tomando en consideración los diferentes pronunciamientos de los principales órganos de protección de derechos humanos, consideramos que como mínimo un sistema de salud encaminado a la reparación de las víctimas debe contener lo siguiente:

- i- **Gratuidad:** Tal y como lo ordenan las sentencias nacionales e internacionales anteriormente citadas, la atención en salud para las víctimas del conflicto debe ser gratuita. Esto es una exoneración total en el pago de aportes, tratamientos de todo tipo y medicamentos de cualquier categoría clínica. La capacidad de pago de las víctimas no puede mediar de ninguna manera el acceso efectivo a un derecho fundamental. Lo contrario se traduciría en que las víctimas sean las responsables de la financiación de su propia reparación. Por ende, la vinculación laboral o la modalidad de contratación no deben ser determinantes en la clase de atención.
- ii- **Servicio Público:** El sistema de atención debe ser esencialmente público, donde la oferta mixta se haga en función del nivel de especialización de la atención institucional, como quiera que la reparación en salud es algo que le compete de manera directa al Estado en su condición de garante de los derechos de las víctimas.
- iii- **Exclusividad:** La infraestructura física, orgánica y administrativa dispuesta para la atención debe estar dedicada exclusivamente a la atención y reparación en salud de las víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica.
- iv- **Política Pública:** De conformidad con la sentencia T-045 de 2010, la prestación de los servicios de salud debe estar regida por una Política Pública de Atención Psicosocial y en Salud integral a las víctimas del conflicto armado⁸, con la garantía plena del derecho a la participación activa de las víctimas en todas las etapas de su construcción.

⁸ La Corte Constitucional ordenó en su sentencia T-045 de 2010, con ponencia de la Magistrada María Victoria Calle, que el Ministerio de Salud debía diseñar e implementar una política de atención en salud. Sin embargo, cinco años después de emitida la sentencia el Estado colombiano no ha cumplido con esta orden.

- v- **Especialización:** La singularidad y gravedad de los daños psicosociales y en la salud física y mental de las víctimas de la violencia sociopolítica requieren de un abordaje especializado en su atención por parte de cualquier equipo de acompañamiento o intervención, sea este desde la rama profesional o administrativa. Este requerimiento no se refiere exclusivamente a la especialidad de los y las profesionales, sino que también involucra a las organizaciones y entidades que deben asumir tal atención, razón por la cual el sistema debe componerse de organismos y entidades dispuestas para tal fin, con un conocimiento especial de las causas y consecuencias de las afectaciones en el derecho a la salud de las víctimas del conflicto. Ello incluye que los servicios de atención en salud integral se encuentren concentrados bajo una misma infraestructura, según el nivel de atención que corresponda, incluidos los procedimientos y las entregas farmacéuticas.

- vi- **Enfoque diferencial:** El enfoque diferencial en la atención, el tratamiento y el acompañamiento, y en cada uno de los procesos y procedimientos, debe ser parte esencial de la reparación en salud y por tanto debe reconocer el género, la etnicidad, la orientación sexual, el ciclo etario, la cultura, la historia, las condiciones geográficas, el tipo de hecho o hechos victimizantes. Luego la violencia sexual y de género, la tortura, la desaparición forzada, los hechos victimizantes contra los indígenas, los negros, los campesinos, las niñas y los niños, las personas en condición de discapacidad y la población anciana, ameritan la aplicación de principios de priorización diferenciados. De tal manera que el tratamiento, para ser adecuado, debe observar los hechos victimizantes, el tipo de daño ocasionado y la condición que la víctima ostenta según el enfoque diferencial, y garantizar que exista una relación entre todos los factores de afectación.

- vii- **Consentimiento informado:** Toda atención debe estar precedida del consentimiento libre e informado de las víctimas.

- viii- **Beneficiarios:** En concordancia con los criterios internacionales de reparación en salud, y teniendo en cuenta la perspectiva psicosocial avalada por la Corte Constitucional como una apuesta de intervención reparadora, la atención debe ser individual, familiar, colectiva y/o comunitaria, según lo determine la evaluación con la población afectada y el consentimiento de la misma con el tipo de acompañamiento que esperan y propongan.

- ix- **Ruralidad:** El acondicionamiento de la estructura necesaria para garantizar el acceso a la salud por parte de las víctimas del conflicto debe tener en cuenta la ruralidad como condición geográfica y social, de forma tal que se reconozcan los especiales impactos que ha tenido la guerra en la población rural y se facilite así su reparación integral. Así mismo, el conocimiento ancestral que de la salud tienen las comunidades.

- x- **Coherencia:** Como quiera que la atención en salud de las víctimas tiene que ver tanto con su derecho a la salud como con la reparación de las violaciones y los daños sufridos, el sistema de salud para las víctimas debe estar directamente ligado con el conjunto de las medidas de reparación que se ordenen, dado que se trata de la reparación integral y de la relación del derecho a la reparación con las afectaciones que guardan relación con las otras medidas diferentes a la rehabilitación, a saber la restitución, la satisfacción y las garantías de no repetición.

El punto 7 de este documento, retoma los anteriores componentes desde las propuestas y alternativas para un sistema de salud integral pensado en beneficio de las víctimas del conflicto, donde, como se observara, cualquiera de las alternativas por la cual se opte debe incorporar los criterios que los tribunales han sabido recoger de las evaluaciones psicosociales realizadas a las personas, colectivos y comunidades victimizadas.

2.3 La atención psicosocial y en salud integral para las víctimas través del PAPSIVI y el Sistema General de Seguridad Social y en Salud

La ley 1448 de 2011, conocida como ley de víctimas y restitución de tierras, se ha constituido en el referente normativo nacional para la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno. En lo que se refiere a la atención en salud, la ley dispuso en su artículo 137 que el Ministerio de Salud y Protección Social debía crear un “*Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas*”(PAPSIVI) con la finalidad de proveer un instrumento dirigido a este propósito. De conformidad con esta remisión de origen legal, el Gobierno nacional, a través de los decretos 4800, 4633, 4634 y 4635 de 2011, estableció los lineamientos que debían guiar un programa de estas características. No obstante lo anterior, y a pesar de que su objetivo es el de “(...) *garantizar la atención psicosocial y la atención integral en salud física y mental con enfoque psicosocial a las víctimas de Graves Violaciones a*

los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario, en el marco del conflicto armado colombiano”, existen razones suficiente para afirmar que dicho programa no tiene efectos reparadores en materia de salud integral y, muy por el contrario, reproduce varios de los obstáculos que hoy en día padece cualquier ciudadano colombiano, y cualquier víctima del conflicto sociopolítico, para acceder a la atención en salud. Principalmente, porque desconoce algunos de los criterios establecidos por los tribunales internacionales y nacionales que han ordenado al Estado colombiano que despliegue algunas acciones en materia de reparación en salud, como la gratuidad y la integralidad en la atención en salud.

A continuación presentamos, a manera de introducción, algunos obstáculos que se presentan en la atención de las víctimas a través del sistema general de seguridad social en salud, especialmente a través del PAPSIVI, y limitan significativamente su derecho a la reparación en salud:

- i- **El PAPSIVI no constituye una política pública:** La Corte Constitucional le ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social en la sentencia T-045 de 2010⁹ el diseño y la implementación de una política pública de atención en salud para las víctimas del conflicto. Sin embargo el PAPSIVI no constituye esta política pública, como lo ha observado la Defensoría del Pueblo al evidenciar que el incumplimiento de la sentencia T-045 se refleja en la ausencia de una política pública¹⁰. Tal afirmación la sostiene la autoridad defensorial al advertir que:

⁹Corte Constitucional, sentencia T-045 de 2010, M.P.: María Victoria Calle.

¹⁰ Documento de la Defensoría del Pueblo, respuesta a Derecho de Petición presentado por la Comisión Colombiana de Juristas el 25 de noviembre de 2014 frente a la sentencia T-045 de 2010 Caso Masacre El Salado, en el cual la Defensoría del Pueblo, frente a la orden de la Corte Constitucional de garantizar una atención integral en salud, conceptuó: “Respecto al componente de calidad y teniendo en cuenta que este contiene los derechos a que los servicios de salud sean prestados por personal idóneo, a que el servicio de salud sea prestado eficazmente y en condiciones adecuadas, el derecho a medicamentos de calidad, a una atención médica oportuna, adecuada y que evite la agravación médica del paciente, y a la conexión con una buena calidad de vida, si bien ha habido avances en la prestación por parte de todas las instituciones que hacen parte del sector salud, aún es preocupante que no exista una política pública consolidada sobre la atención en salud con enfoque psicosocial, que respecto de las tutelantes y sus familias no haya continuidad en la prestación del servicio y que el Ministerio de Salud no haya garantizado la disponibilidad presupuestal para que las entidades territoriales se encarguen, en el marco de sus funciones, de la prestación del servicio”, Bogotá, diciembre 17 de 2014.

*“[a]unque el Ministerio de Salud y Protección Social ha desarrollado en años anteriores algunas acciones de atención psicosocial a víctimas y ha presentado el ‘Protocolo de Abordaje psicosocial para la adopción de medidas de atención integral y acompañamiento psicosocial a víctimas del conflicto armado’ y la ‘Guía de intervención en salud comunitaria específica y diferencial por crímenes de lesa humanidad para las víctimas del conflicto armado desde un marco de reparación’, estas medidas no corresponden a programas continuos, sostenibles y con enfoque diferencial para la atención en salud a víctimas del conflicto ni obedecen a una política pública nacional. **Una Política Pública permitiría dar cuenta de la cobertura necesaria, las especificaciones técnicas requeridas para una atención en salud acorde con las necesidades y situaciones diferenciadas de las víctimas, los ajustes presupuestales requeridos, y las responsabilidades institucionales en diferentes niveles del orden nacional y territorial**”¹¹. (Subrayado fuera del texto)*

- ii- **La atención en salud está determinada por las cotizaciones al sistema:** El sistema general de seguridad social en salud determina la oportunidad de acceso a partir del nivel económico del cotizante; por tanto, es desigual y discriminatorio, afectando gravemente a las víctimas, tanto en el acceso, como en la atención, en la calidad del tratamiento y en los medicamentos requeridos. Asimismo, el acceso a los planes de salud se realiza según el nivel de afiliación. A pesar de que la Corte Constitucional ordenó igualar dichos planes, la diferenciación de los mismos continúa, de tal forma que se les niega a miles de víctimas una atención de calidad y el acceso a medicamentos apropiados para el tratamiento de sus enfermedades. Como observaremos más adelante, si la víctima se encuentra en el régimen contributivo, no solo aporta con el 12% de su salario a su propia atención en salud, también contribuye “solidariamente” según los términos de la ley, con las víctimas y con todos los ciudadanos que se encuentran en el régimen subsidiado.
- iii- **Ausencia de criterios reparadores:** El PAPSIVI no garantiza los criterios de atención en salud desde la reparación ordenada en sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos¹² al Estado colombiano, por graves

¹¹ *Ibíd.*

¹² La Corte IDH ha declarado la responsabilidad del Estado colombiano por violación de varios derechos humanos protegidos por la Convención Americana de los Derechos Humanos en las sentencias referenciadas en la nota al pie de página 3. No obstante, en ninguna de las anteriores sentencias, siendo

violaciones a los derechos humanos, tales como la gratuidad, la preferencia, la especialidad de la atención –tanto profesional como institucional-, la plenitud de la atención y la integralidad de la misma.

- iv- **Remisión al sistema general de atención:** El PAPSIVI no corrige ninguno de los obstáculos administrativos, geográficos y profesionales del actual sistema de salud. Muy por el contrario, en lugar de ser un programa que garantice el tratamiento, está diseñado como un programa de remisión de las víctimas al sistema general de salud, el cual se caracteriza por los numerosos obstáculos administrativos que originan la violación de sus derechos. Lo anterior perpetúa la vulneración del derecho a la salud de las víctimas sin garantizar ningún criterio reparador y de rehabilitación real y efectivo, como quiera que mantiene la diferencia entre el régimen contributivo y el subsidiado, y consecuentemente de los planes básicos de atención.

- v- **Ausencia de un enfoque de atención integral:** El PAPSIVI es un programa que, si bien tiene como propósito atender psicosocialmente a las víctimas, no les garantiza un tratamiento integral, por cuanto reproduce un modelo de atención que se fundamenta en una mirada desintegrada del ser humano, ya que por un lado pretende atender la afectación psicológica, por otro la salud mental, y por otro lado la condición física, sin que medie ningún tipo de conexión entre las diferentes clases de atención, y sin hacer efectiva la concepción psicosocial. Por lo tanto, este tipo de atención desarticulada no procura ni alcanza la atención en salud integral que demandan las víctimas del conflicto. Consecuencia de lo anterior es el fracaso en los programas de prevención y de atención, ya que los mismos no están en función de las afectaciones propias de la población víctima del conflicto armado, las cuales requieren, como ya vimos, un abordaje especial y muy diferente al que podría demandar cualquier otro ciudadano. Este problema se manifiesta en que el actual sistema de salud y el programa de atención psicosocial del Estado carecen de una línea estructural de tipo integral que conecte la totalidad de las medidas de reparación con la de salud y sus correspondientes impactos y afectaciones psicosociales y físicos.

- vi- **Discontinuidad en la atención del PAPSIVI:** El sistema de contratación profesional de los equipos PAPSIVI se rige por un tipo de vinculación laboral

la más longeva la de los 19 Comerciantes, 10 años, el Estado colombiano ha cumplido con las medidas de reparación en salud ordenadas por la Corte IDH.

por prestación de servicios, por lo general períodos que no superan los seis meses, con un gran lapso de interrupción, lo cual no garantiza ningún tipo de continuidad ni apuesta por procesos serios de atención. Muy por el contrario, esta clase de vinculación va en detrimento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas. Lo anterior demuestra cómo el programa del Estado no reúne los elementos técnicos de una política pública, como quiera que el programa no tiene ninguna garantía de permanencia, continuidad y financiación, aunado a que no supera ninguno de los obstáculos del acceso y la atención en salud, y tal como lo anota la Defensoría del Pueblo, carece de serias limitaciones en su cobertura.

2.4 La atención integral en salud y la reparación de las víctimas: una obligación moral y un derecho.

Dicho lo anterior, resulta oportuno anotar las razones de orden constitucional y legal que obligan al Estado colombiano a garantizar que el derecho a la salud de las víctimas del conflicto reconozca las particularidades de su afectación con el fin de que la atención tenga un verdadero efecto reparador. Por ello, en este apartado nos dedicaremos especialmente a exponer tanto los principales fundamentos de tipo jurídico que reconocen las especiales dimensiones del derecho a la salud cuando se trata de víctimas del conflicto armado, como las razones por las cuales este tema debe ser objeto de debate en el congreso de la república y ante las instancias del ejecutivo, tanto en el Ministerio de salud y Protección Social, el Ministerio de Relaciones Exteriores- Cancillería, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Vivienda, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, el Departamento Nacional de Planeación, la Unidad de Atención y Reparación a las Víctimas, y el Ministerio Público, es decir, Procuraduría General de la Nación y la Defensoría de Pueblo.

i. Derecho a la salud, derecho a la reparación y derecho a la rehabilitación:

Diversos instrumentos de derechos humanos reconocen el derecho de las víctimas a una reparación justa y adecuada¹³. El estándar internacionalmente aceptado en materia de reparaciones se desarrolla en los Principios y

¹³ Convención Americana de Derechos Humanos art. 63, Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas art. 24.4, resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre responsabilidad del Estado por hechos internacionalmente ilícitos art. 31, Conjunto de principios actualizado para la protección y la promoción de los derechos humanos mediante la lucha contra la impunidad principios 31-34, Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder párrs. 14-17.

directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones¹⁴. Dicho instrumento establece que la reparación debe ser adecuada, efectiva, rápida, apropiada y proporcional a la gravedad de la violación e identifica los tipos de reparación: restitución, indemnización, medidas de rehabilitación, medidas de satisfacción y garantías de no repetición. Respecto a la rehabilitación, estos Principios señalan que esta “*ha de incluir la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales*”¹⁵. Ahora, en cuanto al tipo de atención en salud que requieren las víctimas, la Corte Interamericana estableció en el caso Masacre de Santo Domingo vs. Colombia que “*no puede confundirse la prestación de los servicios sociales que el Estado brinda a los individuos con las reparaciones a las que tienen derecho las víctimas de violaciones de derechos humanos, en razón del daño específico generado por la violación*”¹⁶ y, por lo tanto, no puede entenderse cumplido el deber de reparar integralmente cuando las víctimas no tienen acceso a servicios especiales de salud.

ii. Protección constitucional reforzada para víctimas del conflicto armado:

Precisamente por el tipo de daño que sufren las víctimas del conflicto armado, las circunstancias de vulnerabilidad a las que se enfrentan y las dificultades en el acceso a servicios de salud, la Corte Constitucional ha señalado que estos últimos deben tener un enfoque diferencial. Así, en la sentencia T-045 de 2010 expresó que los servicios contemplados en ambos regímenes de salud eran insuficientes para tratar integralmente a las víctimas, ya que ninguno cuenta con servicios especializados como la atención psicosocial o tratamientos psicológicos y psiquiátricos necesarios para hacer frente a la magnitud de los daños sufridos y sus secuelas.

iii. Los sistemas especiales de salud no son ajenos al ordenamiento jurídico colombiano: La idea de implementar mecanismos especiales, diferentes a los

¹⁴ Asamblea General de Naciones Unidas, *Resolución 60/47 del 16 de diciembre de 2005*, Documento A/60/509/Add.1 del 21 de marzo de 2006.

¹⁵*Ibidem*. Principio IX, párrafo 21.

¹⁶ Corte IDH. Caso Masacre de Santo Domingo vs. Colombia. Sentencia del 30 de noviembre de 2012. Serie C. No 259, párr. 307.

comprendidos por el sistema general, para la atención en salud, no es extraña al ordenamiento jurídico colombiano. De hecho, en el artículo 279 de la ley 100 de 1993 se encuentran sistemas especiales de atención como lo son el de los afiliados al fondo nacional de prestaciones sociales del magisterio, el de las fuerzas militares y de policía, servidores y pensionados de Ecopetrol, personal civil que presta servicios al Ministerio de Defensa, Policía Nacional y en la Justicia Penal Militar y su Ministerio Publico, los trabajadores de las empresas que una vez en vigencia la ley 100 de 1993 estuvieran en concordato en el cual se hubieran pactado procedimientos especiales de protección de pensiones, la Presidencia de la república, miembros no remunerados de las corporaciones y universidades públicas, los cuales cuentan con entidades y políticas de prestación del servicio de salud diferentes a las establecidas en el régimen general. La existencia de este tipo especial de atención no constituye un trato discriminatorio. Todo lo contrario, para la Corte Constitucional¹⁷ este tipo de regímenes de salud son un desarrollo del principio de igualdad material, ya que buscan atender unos riesgos particulares derivados de las especiales calidades de sus beneficiarios. Es decir, no solamente la implementación de mecanismos especial es para la atención en salud no es discriminatoria *per se*, sino que además puede ser oportuna por razones de igualdad en aquellos casos en que se constate la necesidad de atender unos riesgos específicos mediante un sistema que asegure la atención especializada requerida.

No obstante, la apuesta y el análisis, resultado de revisar las condiciones del sistema de salud colombiano, no nos ubica en la discusión por un régimen especial para las víctimas tal y como se entiende el mismo en la actualidad, ya que los mencionados también se encuentran sujetos al mismo sistema general de seguridad social y en salud, como lo describimos a continuación, lo que rescatamos es el ejercicio jurídico y político de la excepcionalidad, el cual es completamente valido para la magnitud y el impacto del conflicto de violencia sociopolítica que padece nuestro país. A lo largo del documento reforzaremos los argumentos que permiten continuar mostrando la insuficiencia del sistema general de salud para tratar a las víctimas del conflicto armado, razón suficiente para establecer un sistema especial cuyas instituciones, prestadores y servicios respondan adecuadamente a las necesidades de las víctimas no solo en términos de salud, sino de reparación. Consideramos que esta es la única forma

¹⁷Corte Constitucional, sentencia C-1095 de 200, M.P.: Jaime Córdoba Triviño.

en que se garantizaría el derecho a la salud de las víctimas en condiciones de igualdad, reiteramos, no desde un régimen especial, sino desde un sistema de salud integral para las víctimas, como quiera que los regímenes especiales no están exentos, por estar en el marco de la Ley 100, de los mismos obstáculos administrativos y de acceso que padece el sistema para cualquier ciudadano no cubierto por la especialidad en el atención. Lo que pretendíamos mostrar con los regímenes especiales como ejemplo, es que sí se puede, no solo en virtud del ámbito jurídico, sino a raíz de la voluntad política y de las reivindicaciones laborales en algunos casos, generar mecanismos diferentes a lo que permite la atención general para los colombianos/as. ¿Cómo no pensar un sistema diferente para aquellos que han sufrido las indolencias físicas y psicológicas de la guerra?

3 Contextualización: Estado actual de la atención en salud integral a las víctimas del conflicto sociopolítico – El Sistema de Salud colombiano y la atención psicosocial a las víctimas –

Partamos de un par de cuestiones esenciales para el desarrollo de este contexto que intentara profundizar en lo que venimos desarrollando: ¿permite el actual sistema de salud la garantía fundamental del derecho a la salud y la reparación/rehabilitación de las víctimas? Vamos más allá del ámbito jurídico y pongamos la cuestión en aspectos conceptuales y técnicos: ¿Responde el actual sistema de salud y el programa psicosocial de atención del Ministerio de Salud al daño y las afectaciones psicológicas y en la salud física y mental de la población que ha sido victimizada?

Si tomamos como referencia los 52 años de conflicto armado a partir de la existencia del grupo guerrillero de las Farc, un periodo sin duda extenso en el tiempo, podemos observar desde la salud pública, que ni antes, ni durante ni ahora en la línea del tiempo, la institución encargada de la salud de los ciudadanos, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha tenido en cuenta el contexto de violencia sociopolítica sufrida por las personas victimizadas.

No hay en el Ministerio de Salud una política pública de atención integral en salud desde una perspectiva psicosocial. Esto es, durante 52 años, el Ministerio encargado de dar los lineamientos de la salud de los colombianos/as no ha construido una memoria de la salud de las víctimas del conflicto que permita conocer de qué se enferman física y mentalmente los/las afectados de la guerra, cuáles son sus dolencias más graves y significativas según los hechos victimizantes, no sabe cómo se asocian las enfermedades oftalmológicas con la vivencia de una masacre o si existe relación en ello, o el cáncer de seno con la desaparición forzada de un hijo, o la angustia y la

ansiedad con los problemas respiratorios y metabólicos, en otras palabras más crudas, no sé entero de que había un conflicto armado y por ende personas victimizadas que requerían de una atención y tratamiento especial y diferenciado.

Contrario a lo anterior, aprobó la Ley 100 sin tener ninguna consideración por el conflicto sociopolítico, y se podrá decir que era otra época, 1993, donde el reconocimiento y la visibilización de las víctimas era menos que precario, no obstante, los muertos y los sobrevivientes estaban ahí, los tiempos avanzaron, la guerra se complejizó, y el Ministerio de Salud tampoco se dio cuenta, más grave, no quiso darse cuenta. No hay exageración cuando incluso se afirma que el Ministerio de Salud todavía no se entera del acuerdo de paz con la FARC y la entrada de un nuevo escenario: el postconflicto o el postacuerdo, según el análisis que se haga o el analista que se lea.

La respuesta del MSPS para la atención en salud de las víctimas es completamente reactiva, con iniciativa cero. Son las acciones de tutela, las sentencias internacionales y nacionales, y más recientemente la Ley 1448 o ley de víctimas, los únicos pronunciamientos que han permitido que las víctimas acceden al derecho a la salud y a la reparación con ocasión del degradante conflicto armado. Si nos remitimos al plano internacional, cabe recordar aquí cuales fueron las primeras sentencias y respuesta del MSPS.

3.1 El derecho a la salud de las personas victimizadas que han acudido ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos: un reconocimiento al derecho a la rehabilitación

Para el 5 de julio de 2004 la Corte Interamericana de Derechos Humanos expidió la sentencia donde condenaba al Estado colombiano por la desaparición forzada de 19 Comerciantes ocurrida en octubre de 1987, solo hasta el año 2008 el Ministerio de Salud se acercó a los familiares de las víctimas de desaparición forzada en este caso, acercamiento que resultó frustrante y humillante para dichas familias ya que la propuesta de intervención del MSPS fue desde la aplicación de un instrumento de estrés hasta el ofrecimiento de la atención en el hospital psiquiátrico San Camilo de la ciudad de Bucaramanga para quien lo solicitara. Dicha postura errática del MSPS desconocía por completo los criterios de reparación de la misma Corte IDH así como los más elementales principios de atención psicosocial a las víctimas.

Para el año 2008 ya la Corte IDH había proferido ocho sentencias contra el Estado colombiano donde ordenaba la medida de rehabilitación en favor de las víctimas, como vimos en los apartados anteriores. No existía para ese momento, más allá de un programa de asistencia social a través de un convenio entre el MSPS y la Pastoral Social de la Iglesia, ningún programa serio con enfoque de salud integral para atender a las víctimas del conflicto del país. La incidencia de organizaciones defensoras de los

derechos humanos y representantes legales de las víctimas, como la Comisión Colombiana de Juristas –CCJ-, el Colectivo de Abogados José Alvear Restrepo – CCAJAR- y el Grupo Interdisciplinario por los Derechos Humanos –GIDH-, permitieron que el MSPS modificara su postura y aceptara un espacio de discusión y reflexión sobre la forma indicada de implementar las medidas de salud ordenadas por la Corte IDH.

Fue de esa interlocución que surgió en el 2008-2009 la evaluación de las víctimas y sus familiares reconocidas en las sentencias, evaluación que se constituía en uno de los criterios para la reparación, previos al tratamiento integral, considerado por el tribunal internacional en su sentencia. Precisamente, a la Corporación Vínculos le correspondió la evaluación psicosocial y en salud integral de los familiares de las víctimas y las víctimas en los casos conocidos como la Masacre de Pueblo Bello e Ituango (masacres de la Granja y el Aro). Los resultados de dicha evaluación integral se constituían en el insumo fundamental para el tratamiento de las víctimas, al tiempo que permitían, como quiera que se relacionó la afectación psicológica con la salud física y mental, una primera revisión epidemiológica sobre la salud y el conflicto armado desde una aproximación diferenciada según el ciclo vital de la víctima.

Para el año 2009, en un hecho significativo, la Corte IDH reconoció la perspectiva psicosocial de la evaluación realizada hasta esa fecha con los familiares de siete sentencias y conmino al Estado para iniciar sin más dilación el tratamiento de las víctimas. La respuesta del MSPS fue la de incumplir una vez más sus obligaciones con las víctimas, no solo no inicio el tratamiento, rompió el espacio de concertación con las organizaciones de la sociedad civil. Mientras la Corte IDH reconoció lo reparador que podía ser la perspectiva psicosocial, la Cancillería de Colombia y el MSPS se preguntaban si era necesario atender a las víctimas desde una perspectiva psicosocial y de paso confirmaba que era a través de su sistema de salud con su EPS CAPRECOM con quienes se atendería a las víctimas a pesar de las innumerables quejas de las víctimas reclamando por una atención digna y por el cumplimiento de los criterios establecidos por la Corte IDH.

Para el caso de las sentencias en mención, hoy ya no son 7 son 9 las sentencias que la Corte IDH decidió agrupar para facilitar su seguimiento e implementación. Doce años después de la primera sentencia que ordena explícitamente la rehabilitación en salud física, mental y psicológica a los familiares de las víctimas, Caso 19 Comerciantes, el Estado de Colombia por intermedio del MSPS no ha cumplido con lo ordenado por la Corte IDH, al igual que con el caso Gutiérrez Soler, Masacre de Mapiripán, Masacre de Pueblo Bello, Masacres de Ituango, Masacre de la Rochela, Caso Escué Zapata, Valle Jaramillo y Manuel Cepeda Vargas. Igual panorama con las sentencias que no fueron agrupadas hasta la fecha, caso Masacre Santo Domingo, Caso de las Comunidades

Afrodescendientes Desplazadas de la Cuenca del Río Cacarica (Operación Génesis), y Caso Desaparecidos del Palacio de Justicia.

El MSPS no solo ha incumplido, ha manipulado y mentido a las víctimas en diferentes maneras. Para el 2010 y por solicitud de la Corte IDH los representantes de las víctimas con la asistencia técnica de la Corporación Vínculos y del Centro de acompañamiento psicosocial –CAPS- presentaron una propuesta de programa de atención a las víctimas teniendo en cuenta los resultados de la evaluación médica y psicosocial del 2009, denominada *“Programa de Reparación de Atención en Salud Integral (tratamiento médico y psicológico) desde la perspectiva Psicosocial, en el Marco de las Sentencias de la Corte IDH a los ocho casos colombianos”*⁸, el MSPS solo contestó hasta el 2013. Hoy, casi cuatro años después las víctimas no tienen un programa de salud integral que las repare y cumpla con las sentencias ordenadas por la Corte IDH, una vez más, el MSPS contribuyó con la revictimización de los beneficiarios de las nueve sentencias.

Lo anterior evidencia la total falta de voluntad política del MSPS para cumplir las sentencias internacionales, lo que indica también el agotamiento de los espacios de concertación los cuales siempre han sido propiciados por las organizaciones de la sociedad civil.

Para reforzar la ausencia y negación de la memoria en el MSPS cabe anotar que antes de las sentencias proferidas por la Corte IDH no solo estaban los hechos victimizantes que datan de finales de los años 80 y 90, hechos ampliamente conocidos por la opinión pública, sino también los informes periciales de evaluaciones psicosociales y en salud que daban cuenta del estado mental y psicológico de las víctimas, no hizo nada con ello, como tampoco con los resultados de la evaluación del 2009 los cuales fueron a dar literalmente a la basura. Así es como ha sido tratada la historia de la salud de las víctimas en los últimos años por parte de los diferentes gobiernos de turno.

Concluir que el MSPS no ha cumplido ni con lo concertado ni con las sentencias internacionales significa que las víctimas continúan falleciendo sin ser reparadas, y continúan luchando con los obstáculos administrativos, profesionales y éticos que el actual sistema de salud les impone, sistema cuyo responsable único es el MSPS.

3.2 El derecho a la salud integral en el ámbito interno desde la sentencia T-045

¹⁸ El 26 de julio de 2010 la Comisión Colombiana de Juristas, el Grupo Interdisciplinario por los Derechos Humanos y el Colectivo de Abogados José Alvear Restrepo, presentaron a la Corte IDH dicho programa por solicitud expresa del mismo tribunal internacional quien en la audiencia privada de seguimiento a la medida de rehabilitación del 19 de mayo del 2010 durante el LXXXVII periodo ordinario de sesiones, dispuso la presentación de una propuesta para la atención de las víctimas.

En el ámbito nacional, cabe resaltar para el punto que nos ocupa, una sentencia emblemática: la T-045, proferida por la Corte Constitucional colombiana en febrero de 2010.

En dicha sentencia la Corte reconoció no solo la violación al derecho a la salud de las cuatro mujeres tutelantes, sino que ordenó su reparación en salud desde una perspectiva psicosocial, tanto a las mujeres tutelantes, como a su grupo familiar y a su red de apoyo social, esto es, a la comunidad Salaera víctima en su conjunto de las masacres de los años 1997 y 2000.

¿Qué problemas identificó la Corte Constitucional y por qué resultan tan relevantes?:

“En primer lugar, estas mujeres y sus familiares 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 (...) 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 (...)

“En segundo lugar, las accionantes relatan que no contaron con ningún tipo de orientación que les hubiera permitido conocer los procedimientos necesarios para acceder a los servicios de salud y a los tratamientos para su mejoría”

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 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 los que se atendieron afectaciones a la salud mental, y se recurrió a tratamientos psiquiátricos como se reconoce en el dictamen pericial, 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 trasportes y estadías en las ciudades donde les prestaron los servicios de salud, porque estos no se encuentran incluidos en el POSS.

En sexto lugar, no 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 que habían fracasado en cada caso.

Y en sétimo lugar, aún en el evento de la 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 las 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 accionantes¹⁹ (Subrayado fuera del testo original).

Si bien, para dos de las cuatro mujeres las condiciones de la atención han cambiado positivamente, para las otras dos, persisten los problemas administrativos en el acceso a la atención y las deficiencias profesionales en términos de calidad para la atención médica y de salud mental. Es importante resaltar como se llegó a que dos de las mujeres, dos años después de la sentencia, su situación hubiese mejorado.

Las mujeres tutelantes, sus familiares y la comunidad del El Salado, a través de la CCJ, acordaron que se requería de un programa de atención psicosocial y en salud para la población de El salado, donde se **integrara** tanto la atención psicológica y psicosocial como la salud física y mental, programa con el que no contaba el Estado a través de sus instituciones por lo que se requería del concurso de las organizaciones no gubernamentales especializadas de la sociedad civil, precisamente, como venimos sosteniendo, porque el Ministerio de Salud no cuenta con una política de atención integral a víctimas del conflicto. Nótese como la misma Corte Interamericana de Derechos Humanos avala que ante la ausencia de instituciones y profesionales del Estado con especialidad para atender a las víctimas, se puede recurrir a las

¹⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-045, 2 de febrero de 2010; MP: María Victoria Calle.

organizaciones no gubernamentales con experticia: “(...) *el tratamiento psicológico debe brindarse por personal e instituciones estatales en la atención de víctimas de hechos de violencia como los ocurridos en el siguiente caso. Si el Estado careciera de ellas deberá recurrir a instituciones privadas o de la sociedad civil especializadas*”²⁰ (Subrayado por fuera del texto original).

Una vez propuesto el programa especial al MSPS este fue rechazado bajo el argumento de los programas pilotos que en ese momento desarrollaban, desconociendo que no se trataba de un pilotaje, sino de un cumplimiento de una sentencia. Para el 2012 el MSPS había cambiado de parecer, en otras por la incidencia ejercida, y aceptaba poner en marcha el programa, no en las condiciones exigidas por las víctimas, pero al menos de manera parcial la atención psicosocial podía implementarse una vez definido un concurso de organizaciones expertas de las cuales hizo parte la Corporación Vínculos, la Fundación Tomas Moro y la organización Mi Sangre. El proceso no estuvo exento de dificultades, quizás una de las mayores fue la ausencia de garantías en los recursos que permitirán sostener un proceso de acompañamiento con las víctimas. Una vez más, la debilidad institucional por la falta de un reconocimiento a las víctimas llevo a la firma de tres convenios, los dos primeros con significativas interrupciones por la finalización de los mismos, lo cual contribuía a la falta de confianza de las víctimas y más grave aún, a la no atención de sus dolencias. Para el tercer convenio, año 2015, el MSPS por fin escuchaba lo que se le exigía desde el 2010, la apropiación de vigencia futuras para garantizar cierta continuidad, y la contratación directa de las organizaciones, ambos aspectos negados en principio, de haber sido aceptados en su momento, abrían podido garantizar un impacto positivo mayor en el acompañamiento psicosocial a las víctimas, sin embargo se celebra que 5 años después el MSPS tome conciencia, reflejando esto las grandes dificultades de escucha e interlocución con dicha entidad.

La conclusión de la Corporación Vínculos frente al acompañamiento psicosocial de las víctimas de la masacre de El Salado muestra resultados positivos en esta clase de programas cuando son asumidos seria y profesionalmente: “(...) *es un hallazgo significativo corroborar como la salud es un asunto complejo y holístico, en el que la salud física esta interrelacionada con la salud mental y emocional, y como la comunidad reconoce esta interdependencia e integralidad. De acuerdo a esto, hay mayor conciencia de cómo las afectaciones físicas y los impactos psicosociales se relacionan con los hechos de violencia sufridos y el nuevo contexto de vida. Esto supone por supuesto, un reto de cualificar los procesos de atención en salud desde una perspectiva integral y no desagregar salud mental de salud física (...)*”²¹

²⁰ Sentencia Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Manuel Cepeda Vargas vs Colombia, 26 de mayo de 2010.

²¹ Atención Psicosocial desde la Perspectiva Sistémica Construcccionista: Experiencia con la Comunidad de El

No obstante lo anterior, y por lo anterior, otro de los grandes problemas en la exigencia del cumplimiento de la T-045 lo constituye, precisamente, la ausencia de atención en salud integral, si bien es cierto que se cuenta con un buen programa psicosocial calificado así por la comunidad, se carece de la atención integral a nivel de salud física y mental. Acá viene la relevancia de los problemas identificados por la Corte Constitucional en la atención a las mujeres que señalábamos al inicio.

Hoy en día la comunidad de El Salado, en mayor o menor medida, padece más de cinco años después de proferida la sentencia, de los mismos problemas que la Corte identificó, en varios casos agravados y fatales, como quiera que han llevado a la muerte a varias de las beneficiarias, diferentes a la tutelantes de la sentencia. Solo por mencionar a una de ellas, como lo evidenció la CCJ, está el caso de la señora Carmen Garrido fallecida el 8 de julio del año 2015 luego de un procedimiento quirúrgico practicado en el Hospital de Nuestra Señora El Carmen de Bolívar. Sus familiares alegaron negligencia de la EPS Mutual Ser y del hospital, a quien también aducen una posible mala práctica médica, que estuvo acompañada de trámites administrativos que habrían dilatado la atención oportuna y con calidad de la señora Garrido.

Los excesivos e injustificados trámites administrativos para acceder a la atención en salud continúan, ya no con el SISBEN, prosiguen con la ausencia de contratos con la IPS, con la no atención dependiendo del lugar de afiliación de las víctimas, con la entrega y reconocimiento de medicamentos, entre otros; el sistema de salud es tan complejo que a pesar del manejo que tienen las víctimas del mismo, la falta de pedagogía y acciones de gran impacto siguen haciendo mella sobre la orientación de procedimientos y tratamientos; el tratamiento de los médicos generales a las víctimas, sigue siendo superficial, y ser víctima no se traduce desde el sistema de salud, en una atención especial y rigurosa en virtud de sus padecimientos; la salud física sigue siendo vista como algo separado e independiente de la salud mental y psicológica, es decir, la visión cartesiana predomina en el MSPS; los centros psiquiátricos no han variado sus pautas de atención en consideración de las afectaciones por hechos victimizantes, lo que se traduce en la ausencia de una intervención psicosocial desde la salud mental; los medicamentos y tratamientos, a pesar de los cambios que la Corte Constitucional ordenó en sentencias pasadas para la unificación de los planes Obligatorios de Salud, siguen siendo costeados, cuando lo pueden, por las víctimas; los tratamientos cuando se accede a ellos, no son continuos, los cambios de profesionales son permanentes, y las historias clínicas no reflejan un tratamiento integral lo que dificulta apreciar el hilo conductor del que hacía referencia la Corte. De tal suerte que ninguno de los problemas identificados por la Corte y que el MSPS debía superar para garantizar el derecho a la salud de las víctimas ha sido superado, como una muestra más de la indolencia e incapacidad de su sistema general de salud para atender a las víctimas,

por lo que las mismas razones que llevaron a la presentación de la tutela se mantienen en otras mujeres, hombres, niños y niñas de la población de El Salado.

A pesar de contar con la experiencia de organizaciones expertas y de haber sido exigido desde el 2010 por la CCJ, el MSPS no cuenta con un instrumento epidemiológico que categorice las enfermedades físicas, mentales y el malestar psicológico de las víctimas de El Salado, que permita no solo mejorar los programas de acompañamiento e intervención, sino que garanticen tratamientos efectivos y prevengan otros, dadas las consecuencias del conflicto armado. Es decir, se repite la historia con los casos que tienen sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, a pesar de contar con la caracterización médica y psicosocial de las víctimas, el MSPS no procede ni al abordaje integral de las enfermedades de las víctimas ni a elaborar una política de prevención directa teniendo en cuenta los contextos sociales y económicos de las víctimas.

En conclusión, el MSP no ha cumplido con la sentencia T-045, tal y como lo muestra el mantenimiento de las problemáticas; desde la experiencia de la Corporación Vínculos, se ha planteado que si bien hay avances, y como se anotó, se resalta el acompañamiento psicosocial, la atención en salud física y mental continua en deuda por los obstáculos y la visión señalada que rige la actual atención en salud, la cual nunca es integral, y no se logra agrupar con el programa psicosocial, a pesar del esfuerzo del mismo; así como tampoco ha cumplido con lo ordenado en las ordenes complejas por la Corte Constitucional: *“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”*²² (Subrayado nuestro)

La experiencias de las organizaciones expertas de la sociedad civil tampoco le ha dado la capacidad al MSPS para diseñar un programa de salud integral desde una perspectiva psicosocial como se desprende de lo ordenado por el tribunal nacional, y aunque el PAPSIVI pareciera que recoge algunas de las buenas prácticas de las ONGS, ya veremos que dista significativamente de ser un programa integral y reparador, a la vez que no recoge los mínimos exigidos por el tribunal constitucional.

Recuperamos la experiencia de una de las mujeres tutelantes y su familia, la señora María Romero, cuya atención se trasformó gracias el conjunto de exigencias e incidencia de las organizaciones, y por la sapiencia de su hija, la señora Ana Fermina Mena que supo transmitir a la EPS su condición para que la misma revaluara los

²² Corte Constitucional, Sentencia T-045, 2 de febrero de 2010; Ordenes Complejas; MP: María Victoria Calle.

procedimientos en su atención; Cabe anotar, los cambios en parte dependieron de la voluntad y sensibilidad de la funcionaria de la EPS, lo que nos devuelve a la discusión de las voluntades versus los cambios estructurales.

Ante la ausencia de un atención integral, y la elaboración de unos planes de atención psicosocial a nivel familiar, la CCJ le solicitó al Ministerio y las organizaciones psicosociales que conformaran equipo con los profesionales de la salud que atendían en principio a las mujeres tutelantes; una vez más el MSPS obvió el pedido, no obstante la escucha de la Corporación Vínculos logró que de manera parcial las profesionales de la organización pudieran compartir inicialmente los espacios de consulta de la señora Romero. Aunado a lo anterior, estaba el conocimiento y nivel de exigencia de la hija de la tutelante que permitió identificar la IPS y los profesionales que sí cumplían con un tratamiento digno y profesional, diferenciándolos de los que no, de tal suerte que pudo exigir cambios sustentados de IPS. Lamentablemente esta práctica no se generalizó, y el intento de tender un puente entre el sistema de salud que avala el MSPS y una iniciativa de atención particular desde las ONGs expertas, también avalada por el MSPS, sigue sin ser posible, por lo que la concreción de una atención en salud integral para las víctimas parece lejana.

Frente a las dificultades del sistema de salud para atender a las víctimas de la masacre de El Salado, las organizaciones que adelantan el acompañamiento psicosocial anotaban en mayo de 2014: *“(...) fue el que más evidenció fallas directas y omisiones que desde el sistema mismo generan barreras para que el derecho a la salud integral sea atendido con la prontitud y con el criterio diferencial que se obliga para la población (...) en la actualidad el sistema de salud sigue presentando fallas en la prestación del servicio lo cual se evidencia por la serie de inconvenientes que se han generado para el caso particular de las víctimas de El Salado. Se resaltan dos inconvenientes: la oportunidad y calidad del servicio. La oportunidad se relaciona con la posibilidad de atender al usuario en el menor tiempo posible a partir del momento en el que él solicita el servicio y la calidad, en propiciar los mejores recursos humanos y técnicos para identificar el problema de salud, sus causas y consecuencias, así como la elaboración de una estrategia o plan terapéutico apropiado y de reconocida eficacia (...) para el corregimiento El Salado (...) se presentan más dificultades ya que solo cuentan con la atención primaria en salud que va desde la atención por medicina general, odontología, toma de muestras para exámenes de laboratorio, actividades de promoción y prevención como son crecimiento y desarrollo, citologías, control prenatal, para el resto de actividades y atenciones por especialistas esta población debe acudir al casco urbano y en ocasiones a las diferentes ciudades para acceder a este derecho, lo que se evidencia como barrera, porque se deben trasladar de un lugar a otro y no cuentan con los suficientes recursos para cubrir los gastos. Por otro lado se evidencia que las empresas promotoras de salud (EPS) que operan en este corregimiento como son MUTUAL SER,*

COOSALUD, COMFACOR, CAPRECOM, AMBUQ, no garantizan en su totalidad la atención en salud, puesto que para acceder a los servicios de entrega de medicamentos y solicitudes de órdenes de servicios para atención por especialistas se deben trasladar directamente al municipio de El Carmen de Bolívar porque no cuentan con un punto de atención que les permita subsanar estas necesidades y así evitar eventos que desmeritan la calidad en la prestación del servicio”²³, a manera de conclusión y recomendación el mismo informe señala: “No han sido poco los casos que se trabajaron para mejorar las barreras de acceso en salud. Estás han sido constantes y si bien hay un avance en el conocimiento público de las obligaciones de las EPS y la responsabilidad de los funcionarios de salud municipales, **las barreras hacen parte de un problema estructural del sistema de atención en salud.** Mejorar el control, vigilancia y sanción a las entidades y funcionarios que incurren en faltas en la prestación y gestión del servicio de salud son medidas que harían falta para generar mayor presión para que haya un cumplimiento efectivo de las obligaciones tanto con la población en general como con la cubierta con la sentencia T-045”²⁴ (subrayado fuera del texto original).

La Corporación Vínculos evidenció en sus informes para este año: “En el marco de convenio No. 482 de 2015, entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Corporación Vínculos, el equipo psicosocial realiza de manera permanente seguimiento a la atención integral en salud que en el departamento de El Atlántico se le brinda a la comunidad Salaera, beneficiaria de la Sentencia T-045 de 2010. Durante este proceso, y en los meses correspondientes (...) Julio a Septiembre de 2016, se ha evidenciado la persistencia de las barreras de acceso a la salud, debido a la falta de compromiso por algunos enlaces de las EPS, situación que dificulta la gestión oportuna para garantizar el acceso con calidad, oportunidad y continuidad de la comunidad salaera al sistema de salud integral. Uno de los factores principales relacionados con las EPS, que influyen en el acceso a los servicios de salud son las autorización de servicios, los cuales emergen como una barrera de acceso debido a que se niega la prestación en salud, se retrasa la atención en salud con el especialista y así mismo la adquisición de tratamientos; lo que quiere decir que con la aparición de una barrera en salud se derivan muchas barreras más para acceder a los servicios que presta la EPS y /o IPS”²⁵.

Aunque además compartimos la esencia de la conclusión y su recomendación, del informe de las organizaciones, del cual hacemos parte, no consideramos que la

²³ Informe final de sistematización y memoria del proceso de atención psicosocial y en salud integral con enfoque psicosocial a las víctimas del corregimiento del Salado en el marco del cumplimiento de la sentencia T-045 de 2010, Bogotá, mayo de 2014.

²⁴ *Ibíd.*

²⁵ Documento de seguimiento a la atención integral en salud, línea de acción 2, presentado por la Corporación Vínculos al Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del convenio de asociación No. 482 de 2015, sentencia T-045 de 2010, septiembre de 2016.

solución este en el en control, la vigilancia y la sanción. Claro que se debe hacer, sin embargo, como bien lo anota el informe citado el problema es estructural, y la Superintendencia Nacional de Salud por la misma corrupción del sistema no cumple con su función, ejemplo claro de ello es el Hospital Nuestra Señora del Carmen del municipio de El Carmen de Bolívar.

Una síntesis de este capítulo en materia de sentencias donde se ha reconocido el derecho a la rehabilitación de las víctimas, al tiempo que refleja una respuesta coyuntural del MSPS e evidencia el incumplimiento de lo ordenado por instancias judiciales internacionales, puede apreciarse en la matriz anexada para el caso²⁶.

Miremos a continuación de donde surge aquello que se reconoce como problema estructural del sistema de salud colombiano que no garantiza el derecho a la salud de los ciudadanos/as ni la reparación de las víctimas, entre otras porque no fue concebido para ello, ni a intentando transformarse al ritmo del contexto de la violencia del país y de las afectaciones en la salud de la población.

3.3 Condiciones Estructurales del Sistema General de Seguridad Social y en Salud Colombiano: De la Ley 100 a La Ley Estatutaria - pocos avances para la garantía del derecho y reparación integral en salud

Las problemáticas hasta aquí identificadas para la atención a las víctimas hacen parte del sistema en general, es decir, y esto es un problema grave, el sistema no diferencia la condición de víctima de la violencia de la persona, razón por la cual no lee que es un sujeto de especial y reforzada protección, e igualmente, los problemas están presentes desde su concepción de sistema para toda la ciudadanía sin importar ningún tipo de distinción.

La inequidad y desigualdad del sistema de salud colombiano, sobre los cual nos referiremos más adelante a través de los expertos en salud pública Román Vega y Marcela Vélez, también se puede comprender desde la forma en que está organizado el sistema: “(...) plantea dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. El contributivo cubre a los trabajadores y a su núcleo familiar y se financia con el 12.5% de los ingresos laborales, de los cuales el trabajador aporta el 4% y el empleador el 8.5% restante. El régimen subsidiado se creó para asegurar en salud a toda la población no trabajadora perteneciente a los estratos más pobres. Los afiliados a este régimen deben demostrar previamente su incapacidad de pago ante un sistema de clasificación que los acredita como pertenecientes a los estratos 1 y 2. Este régimen se financia con los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga y con dineros provenientes de las transferencias,

²⁶ Anexo 1, gráfica: Sentencias de la Corte IDH que contempla la medida de reparación en salud desde la rehabilitación física y psicológica desde una perspectiva psicosocial.

*rentas cedidas, impuesto a los juegos y participación en las regalías de los nuevos pozos petroleros*²⁷ Esta esquema de organización es igual para las personas que han sido victimizadas en el marco del conflicto armado, a pesar, como ya mencionamos, de que la Corte IDH ordenó como parte de la reparación la gratuidad de los beneficiarios de las sentencias en las cuales fue condenado el Estado. Igualmente, según la Cancillería, existe un Fondo de Reparación para las víctimas reconocidas en sentencias a cargo del Ministerio de Hacienda y la misma Cancillería, sin embargo, del mismo no se ve beneficiada ninguna de las víctimas reconocidas por la Corte IDH en materia de rehabilitación en salud; en cuanto a los regímenes, se presume, dada la ausencia de datos exactos, que la mayoría de la población victimizada, y como se pudo comprobar en las evaluaciones médicas y psicosociales de la Corporación Vínculos a las familias de las Masacres de Pueblo Bello e Ituango (La Granja y el Aro) pertenecen al régimen subsidiado, y una muy mínima porción de ellas al régimen contributivo, variando esto de manera permanente en cuanto se trata de trabajadores o jornaleros contratados por temporadas, o periodos fijos, lo que hace que se muevan entre uno y otro régimen; o en ocasiones, son beneficiarios de la afiliación del conyugue quien no es beneficiario de la sentencia, agravando de esta manera la concepción del derecho a la reparación de la salud de la víctima; es decir, como indican algunas de ellas, acceden a la salud gracias al contrato laboral de la pareja, y no propiamente por la sentencia.

El eje de ambos regímenes, a partir del aseguramiento, se centra en las Empresas Promotoras de Salud (EPS): *“Las EPS de ambos regímenes contratan el Plan Obligatorio de Salud (POS) de su población afiliada con las IPS, que son las clínicas, los laboratorios, los hospitales y otras instituciones de salud. Aunque en la concepción inicial de la Ley 100 se proponía un único plan de beneficios, durante 17 años los planes fueron diferenciales entre la población afiliada al contributivo y a la subsidiado. En efecto, tuvo que promulgarse la sentencia T-760 del 2008 de la Corte Constitucional, que exigía la homologación de los planes, para que el ejecutivo iniciara el proceso con seriedad. A la fecha, aunque ya se cuenta con uno POS unificado, todavía la frecuencia de uso de la población del régimen subsidiado no se equipara con la del contribuyente, y esto -que gracias a la Corte fue un paso hacia la equidad- aún no se materializa del todo en la práctica”*²⁸, lo cual se corrobora con los testimonios de las víctimas que siguen asumiendo el pago de medicamentos del no POS y pasando por el obstáculo de las autorizaciones como los CTC (comités técnicos científicos).

Un balance de las dificultades y obstáculos del sistema que continúan a pesar de la presión social y la reciente normatividad, como la Ley Estatutaria, se puede leer en el informe de la Procuraduría General de la Nación titulado: El Derecho a la Salud en

²⁷ Vélez Marcela, La Salud en Colombia, Penguin Random House; Bogotá, enero de 2016.

²⁸ *Ibíd.*

Perspectiva de Derechos Humanos y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado Colombiano en Materia de Quejas en Salud, que la organización DeJusticia –Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad- elaboró para el ente de control, que si bien data del 2008, refleja la permanencia de las dificultades, sin que necesariamente compartamos aspectos del análisis del informe:

“No obstante los avances que ha tenido el sector de la salud, la persistencia de antiguas problemáticas y la generación de nuevas en el campo de la atención en salud, individual y colectiva, cuestiona la verdad de las creencias fundamentales que orientaron el diseño, teórico y práctico, del SGSSS. La permanencia de estas situaciones conflictivas, pese a las innovaciones que aportó la Ley 100 de 1993, y sus posteriores reformas, a las problemáticas identificadas para justificar su diseño, nos demuestran que:

- *El éxito o el fracaso de las acciones en el sector salud no necesariamente depende de la naturaleza privada o pública de las entidades. Éste fue, y aún hoy continúa siendo, un presupuesto teórico y práctico básico de la organización del SGSSS. **Erradamente se consideró que las problemáticas de salud estaban “causalmente” originadas en la naturaleza pública monopólica del servicio de salud.** Con el tiempo, la solución planteada – participación de los particulares bajo “competencia regulada”- , ha producido efectos perversos (**barreras de acceso, discriminación por ingresos, contención de costos, baja calidad y maximización de las utilidades**) que, agregados a la continuidad de las antiguas problemáticas, nos comprueban la equivocación de la concepción económica mecánica. El interés de la racionalidad económica competitiva privada ha generado efectos irracionales en los servicios de salud, que pueden ser identificados en las razones que motivan las múltiples quejas y tutelas de los usuarios del SSGSS.*
- *La concepción sistémica mecánica (imposición de un campo programado y predecible) que tiene el SGSSS no ha logrado corregir las discrepancias entre el estado real de salud y la situación idealmente esperada en el modelo.*
- *La competencia regulada sustentada en el control de los servicios (POS contributivo y subsidiado) y los precios UPC (contributiva y subsidiada) no ha logrado limitar las asimetrías del mercado de la salud.*
- *El control de costos y la búsqueda de la eficiencia económica, financiera y administrativa no han generado las mejorías en la cobertura y la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a los afiliados y beneficiarios del sistema.*

- *Las condiciones biológicas, económicas, culturales y políticas que enmarcan el sistema no han permanecido constantes. Estas modificaciones permanentes hacen que la sostenibilidad económica del sistema no se pueda lograr solamente con los recursos provenientes de los regímenes contributivo (incremento progresivo de los ingresos individuales y empresariales) y subsidiado (incremento progresivo de los ingresos públicos) de los afiliados y beneficiarios del sistema. El estudio de las razones que sustentan la presentación de quejas, tutelas y los comentarios de los agentes responsables del funcionamiento del SGSSS nos demuestran que el subsistema de inspección, vigilancia y control no ha generado la información completa necesaria para predecir con “certeza” los cambios en las condiciones económicas, locales y globales. Este hecho obligaría a diseñar estrategias de sostenibilidad del sistema que estén basadas en información que permita elegir, decidir y actuar en situaciones de riesgo (probabilidades) e incertidumbre (azar). Pero el presupuesto económico mecánico “ideal” que orientó el diseño del SGSSS considera que es posible mantener un crecimiento progresivo de los recursos económicos individuales e institucionales del sistema. Sin embargo, las circunstancias económicas reales han ido desvirtuando esta posibilidad. Pequeños cambios en las circunstancias económicas individuales o institucionales (desempleo, intransitividad de las preferencias, reducción de las inversiones públicas, contingencias y volatilidad de los mercados capitales, inflación, devaluación, etc.) pueden tener efectos considerables grandes en la sostenibilidad económica del SGSS (situación que es conocida como “efecto mariposa” en lógica de las catástrofes) y para la futura atención de salud de los colombianos. Los límites naturales y artificiales de los recursos no han permitido lograr la anhelada sostenibilidad económica del sistema.*

- *Los dispositivos de regulación de las partes y componentes del sistema no corrigen oportunamente las disfunciones que se presentan en el sistema,*

- *El subsistema de inspección, vigilancia y control no permite adaptar el sistema a los cambios internos y externos que inciden en su funcionamiento acentuando el crecimiento exponencial de quejas en el sector salud²⁹ (Subrayado fuera del texto)*

Bajo estas dificultades se mantiene un sistema de salud desigual y excluyente donde como al mejor postor, quien posea recursos económicos amplios, puede acceder a mejor posibilidades de atención, y quien no, soporta la vulneración de su derecho a la

²⁹ Procuraduría General de la Nación, primera edición mayo del 2008.

salud. Estas dificultades valoradas por la Procuraduría General de la Nación sumadas a los obstáculos cotidianos del sistema, entran en abierta contradicción con el derecho fundamental a la salud y la reparación de las víctimas, como quiera que se privilegia una estructura de mercado, no de garantía y protección del derecho mismo, y lejos de la concepción de la reparación integral.

Continuemos revisando otras voces frente a la concepción del sistema de salud que nos rige y como se llegó a él:

Para Mario Hernández, médico, especializado en bioética, la base histórica del sistema se fundamenta en la teoría neoclásica de los bienes sin que la misma sea abiertamente neoliberal, aspecto este último en el que diferimos del autor: *“La Ley 100, que estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud como uno de los tres componentes de la seguridad social en el país, es también un híbrido – en referencia al sistema que antecedió a la Ley 100 conocido como el Sistema Nacional de Salud- si bien no podría tacharse de neoliberal a ultranza, es cierto que el modelo se separa del proyecto articulador del sistema de salud desde el Estado. Detrás de este cambio se encuentra nada menos que una profunda transformación de las relaciones Estado- Sociedad y del principio de justicia distributiva que las sustenta. El nuevo sistema parte de la separación entre los servicios individuales y los servicios colectivos en salud, para dejar los primeros en manos del mercado con competencia regulada y, los segundos a cargo del Estado.*

El fundamento de dicha separación se encuentra en la teoría neoclásica de los bienes. Desde esta perspectiva, los bienes privados son aquellos que implican un beneficio individual diferenciado, por el cual las personas estarías dispuestas a pagar. Los bienes públicos son solo aquellos con altas externalidades positivas o negativas, esto es, que afectan a muchas personas en un sentido positivo o negativo, y que por lo mismo, deberían ser costeados con recursos públicos porque nadie estaría dispuesto a pagar por ellos (...) los servicios individuales quedan organizados por la lógica de un mercado del aseguramiento, pero con elementos que incorporan aspectos del modelo de la “competencia administrada o manejada” (...) Los mecanismos más importantes para la regulación de la competencia en el caso colombiano (...) son: la obligatoriedad del aseguramiento, la existencia de un fondo único al que confluyen todos los recursos (Fondo de Solidaridad y Garantía), la exigencia de un plan mínimo de beneficios (Plan Obligatorio de Salud) y el pago de los aseguradores per cápita ajustado por riesgos (Unidad de Pago por Capitalización). Se separan las funciones de administración del aseguramiento y de prestación de servicios, y se espera que las instituciones públicas y privadas confluyan en un ambiente de competencia”³⁰

³⁰ Hernández Álvarez, Mario, El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización, Ensayo.

El balance del profesor Hernández frente al resultado de la implementación de la Ley 100 coincide con la realidad actual comentada por las víctimas en las regiones cuando intentan acceder a los hospitales públicos, es decir, y en su gran mayoría, adscritas al régimen subsidiado: *“Los Hospitales públicos (...) quedaron sometidos a las exigencias de la competencia en el mercado de servicios de salud, con la esperanza de que así serían más eficientes, más baratos y de mejor calidad. Pero nada de esto parece ser viable, dada la complejidad de las relaciones entre los agentes del sistema, las rigideces e incertidumbres del servicio mismo de atención en salud y las limitaciones estructurales para la competencia en zonas apartadas. Por el contrario, muchos hospitales se quiebran o subsisten a expensas de la calidad y de la oportunidad en la atención (...). Las acciones de salud pública, entendidas como aquellas dirigidas al control y prevención de enfermedades de alto impacto colectivo o con altas externalidades, tampoco se han visto fortalecidas”*³¹

Siguiendo a Hernández, se confirma que la Ley 100 se basó en un sistema de mercado y no de garantía de un derecho, así la visión inicial no incorporara la autonomía misma del derecho: *“Detrás de estos problemas se encuentra un obstáculo de tipo estructural. Se trata de la separación deliberada entre dos lógicas, la del mercado y la del Estado (...) Esta separación ha producido un debilitamiento de la acción del Estado mientras aumentan las inequidades propias del mercado, a pesar de los mecanismos adoptados de regulación de la competencia. El referente territorial y poblacional de las políticas públicas tiende a desaparecer, mientras se profundizan las viejas divisiones de la salud en Colombia: medicina para ricos, prestada por la medicina prepagada, paralela e intocable, con altísimos costos y excesiva concentración de recursos; medicina para sectores medios, o régimen contributivo, con un Plan Obligatorio de Salud que el mismo mercado presiona hacia abajo; y medicina para pobres, o régimen subsidiado, con un plan de servicios disminuido e insuficiente, y serios problemas para alcanzar coberturas efectivas de las poblaciones más necesitadas. Con todo, el sistema de salud en Colombia aún deja mucho que desear. Los intentos de solución de los problemas de salud no han dejado más que frustraciones en grandes sectores de la población, justamente los que más se enferman por encontrarse en las peores condiciones de vida. En estas condiciones es urgente y necesario repensar el sistema de salud colombiano como eje de una nueva forma de solución de los problemas de salud y enfermedad de la población”*³²

Este lapidaria conclusión del profesor Hernández resulta interesante precisamente por lo que no permite ver, es decir, se centra en una postura de la salud en relación con la enfermedad, de la cual, obviamente, no es ajena la población que ha sufrido

³¹ *Ibíd.*

³² *Ibíd.*

hechos victimizantes en el marco del conflicto, sin embargo, y precisamente un sector de la población no considerado por el establecimiento de la salud lo constituyen las víctimas, como venimos sosteniendo en el escrito, de tal suerte, y como profundizaremos en la discusión sobre el modelo de salud que requiere el sector poblacional mencionado, que el concepto amplio y de salud integral sobrepasa la dimensión de la atención y el acceso a “servicios de Salud”; la gravedad del sistema es analizada por Hernández para la ciudadanía en general, si esto cobija de manera profunda a las víctimas del conflicto, el panorama se agrava dado el daño en la salud y psicosocial que la guerra ha generado en un grupo poblacional particular, de aquí que la Corte Constitucional colombiana y los tribunales internacionales reconozcan la excepcionalidad para las víctimas al momento de exigir y proteger sus derechos. Cuando reconocemos la salud integral en el contexto del conflicto armado sobrepasamos la dimensión técnica de la salud o disciplinar desde la medicina, y nos conectamos imparagitablemente con todos aquellos derechos de las víctimas que les fueron vulnerados y que afectaron en lo físico, en lo mental, y en lo psicológico-psicosocial, es decir, con la justicia, con la verdad, la vivienda, el trabajo, el medio ambiente, la libertad y la dignidad misma de la condición humana; como diría más adelante el propio Hernández en el ensayo que se viene citando *“El bien salud va más allá de la atención de enfermedades. Pasa por muchos otros aspectos que constituyen condiciones y medios para la realización de la vida de la mejor manera. Pero con el predominio de la lógica del mercado de servicios, este proyecto se abandona”*. No es solo entonces, ir al médico o acceder a los servicios de salud clásicos, lo que ya de por sí, como venimos constatando, resulta en toda una maraña de dificultades no atendida por el actual sistema al momento de reconocerse como persona o colectivo victimizado por la violencia sociopolítica; dando paso, para complejizar la situación, a lo que algunos denominan como una re-victimización por ser víctimas del sistema de salud.

Para el médico Román Vega, experto en administración en salud, la Ley 100 profundizó las condiciones de desigualdad en la sociedad colombiana: *“No cabe duda de que la reforma abrió el camino para la privatización de los servicios públicos de salud y una operación extensa de relaciones de mercado, para la promoción de inversión monetaria proveniente del sector privado y para la flexibilización de las relaciones contractuales de la fuerza de trabajo. La reforma desarrolló una estrategia de cubrimiento universal basado en los criterios de eficiencia y atención primaria. **Redujo la justicia social a un conjunto de soluciones baratas para los más pobres.** Con tal de conseguir una mejor operación de relaciones de mercado, desarrolló la “libertad” y la “autonomía”. Estableció las condiciones para una intervención mínima del Estado a través del control de las conductas y comportamientos tanto de los individuos como de las comunidades y de los profesionales de la salud, y de la creación de un nuevo tipo de relación entre el*

*Estado y las instituciones de salud **determinado por la reducción del gasto público. Ha legitimado un sistema que en lugar de propiciar lo contrario, parece estar generando más desigualdad entre la población***”³³ (subrayado fuera del texto)

Durante la administración del Presidente Andrés Pastrana Arango, el Ministerio de Salud recogió las primeras reacciones a la implementación de la Ley 100 hecha por diversos sectores de la sociedad, según Hernández, las peticiones muestran como lo económico se constituye en obstáculo para la garantía de la salud: “(...) *la población, es decir, los usuarios de diferentes condiciones sociales, reclamaron la superación de los obstáculos económicos para el acceso a los servicios de salud. Para los usuarios, especialmente los pobres, los pensionados, los trabajadores informales, es claro que los servicios cuestan y que alguien debe pagar. Pero no resisten más que la capacidad de pago siga siendo uno de los principales obstáculos para recibir una atención oportuna, suficiente, y de calidad, cuando está en juego la propia vida o la de un ser querido*”³⁴

Más de 20 años después de esta mención, el panorama es el mismo y más grave, mostrando como desde su implementación la Ley 100 ya advertía serias dificultades y generaba problemáticas, no siendo escuchadas las advertencias de un sector de la sociedad colombiana, hasta llegar a la profundización de la crisis actual; precisamente, en el 2013 y de forma poco usual, se vieron amplias manifestaciones públicas del sector de la salud en contra de la Ley 100.

Si conectamos las preocupaciones poblacionales por lo económico, podemos reafirmar aquella mención de las víctimas que se encuentran en el régimen contributivo cuando al reclamar el derecho a la gratuidad ordenado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, como ya lo hemos señalado, manifiestan, con toda razón, que son ellas mismas quienes se pagan su reparación, y que para colmo, subsidian solidariamente al resto de la población, no necesariamente víctima; eh aquí, y bien lo comprendió la Corte al ordenar la gratuidad, uno de los fundamentos por los cuales la reparación en salud no puede estar sujeta a la presencia o no de la víctima en el régimen contributivo o subsidiado, por lo que la discusión del sistema basado en el aseguramiento que venimos presentando en este apartado, carece de fundamento al momento de garantizar el derecho y la reparación integral en salud de las víctimas. Volveremos sobre esto en la presentación del modelo de salud para las víctimas.

³³ Vega Romero Román, Igualdad y Diversidad: Un Enfoque Crítico de la Justicia Social de la Salud; editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2010.

³⁴ Hernández Álvarez, Mario, El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización, Ensayo.

La inequidad social en la salud, y lo que la salud implica en términos de un sujeto social e histórico, además de lo planteado por Vega, también es base del argumento de la especialista en salud pública Marcela Vélez, autora del reciente libro *La Salud en Colombia*, quien al ser entrevistada por el periódico *El Espectador* señaló a las EPS como una de las principales problemáticas del sistema de salud: *“El principal problema se llama EPS, especialmente la expectativa de ganancia de los intermediarios a expensas de la negociación de la atención en salud de los colombianos. El problema es que no hay manera de hacer compatibles las ganancias de las EPS con el bienestar general de la población, y creo que para lograr este objetivo se requiere un gran compromiso de la administración pública”*³⁵; y en concordancia con los autores que venimos revisando, y la lectura que tenemos del sistema, no duda en señalar el impacto negativo de la Ley 100: *“La Ley 100 introdujo el concepto de salud como mercancía por lo tanto quedo sujeta a ser un bien transable del que los inversionistas privados, tan solo por servir como intermediarios, obtienen ganancia. El problema de este modelo es que acrecienta la inequidad en salud, incrementa el gasto sin mejorar la calidad y se interesa muy poco en el bienestar y la satisfacción de los colombianos (...)”*³⁶.

Aunado a este panorama esta la corrupción político-administrativa que impera en muchas regiones del país a través del uso criminal de las Secretarías de Salud y las EPS, y bajo el lente cómplice de la Superintendencia Nacional de Salud, un ejemplo de ello lo constituye el Hospital de Nuestra señora del Carmen, del municipio del Carmen de Bolívar (departamento de Bolívar), donde se concentra gran población en situación de desplazamiento forzado por la masacre de El Salado. Recuérdese como en el marco del conflicto sociopolítico, algunos hospitales públicos a nivel municipal y departamental, principalmente en la Costa Caribe, fueron cooptados por estructuras paramilitares en convenio con los políticos de turno y en el marco de la estrategia de dominio de los recursos públicos para hacerse con el control político de las instituciones del Estado. Esto no es asunto menor, como quiera que dichas estructuras paramilitares en convivencia con sectores del Estado fueron responsables de numerosos masacres contra la población civil, población que sin ninguna garantía debía luego acudir a centros de salud que se encontraban bajo la administración de los mismos que les victimizaron.

Revisemos ahora de manera general la polémica Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015, y su relación con el asunto que nos involucra, ya que de ella, y del Plan Nacional de Desarrollo vigente, se desprende la resolución 429 de 2016 por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud, cuyo objetivo es: “(...)

³⁵ Diario *El Espectador*: “El sistema de salud en Colombia no es equitativo”, Vélez Marcela, entrevista publicada el 29 de febrero del año 2016.

³⁶ *Ibíd.*

orientar el Sistema hacia la generación de mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud (...) para así garantizar el derecho a la salud”³⁷

Lugo de diversas sentencias de la Corte Constitucional y del reconocimiento pleno del derecho a la salud como derecho fundamental en el ámbito jurídico internacional, este Ley en su artículo 2 finalmente lo reconoce:

“Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptara políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización regulación, coordinación y control del Estado”³⁸

La Ley 1751 también reconoce dentro de las obligaciones del Estado, disposiciones que la Corte Constitucional ya había emitido y que a su vez las organizaciones no gubernamentales de carácter psicosocial y de defensa jurídica han exigido, como lo son las evaluaciones de las intervenciones de los programas de salud a cargo del ministerio, desde la óptica de medir el goce efectivo del derecho a la salud; el caso de El Salado y las nueve sentencias de la Corte IDH son un buen ejemplo del incumplimiento del ministerio con estas disposiciones, a pesar de las propuestas que las organizaciones han presentado al ministerio, este se niega a evaluar y a medir las condiciones de salud de la población de El Salado desde una perspectiva de derechos humanos; recordemos que a la fecha ninguna de las problemáticas que enlisto la Corte Constitucional en la T-045, como ya lo mencionamos, ha sido resuelta por el ministerio; igual ocurre con los determinantes sociales de la salud (artículo 9 de la Ley)³⁹, siempre mencionado y reconocido en la normatividad del ministerio, pero cuyo análisis en función del conflicto sociopolítico y en relación con la Ley 1448 o de

³⁷ Política de Atención Integral en Salud, Ministerio de Salud, Bogotá, enero de 2016.

³⁸ Ley estatutaria 1751 16 de febrero de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

³⁹ *Ibíd.* Parágrafo artículo 9: Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

víctimas, es profundamente escaso en cuanto nuevamente obvia la perspectiva psicosocial como eje de la reparación escapando así a la reparación integral del daño y del trauma psicosocial. Este es un asunto mayor, se puede leer la 1448 a pesar de su carácter reparador, de lo cual disentimos, como una serie de disposiciones asistenciales que además se encuentran dispersas y desarticuladas de la concepción misma de la salud integral, así la justicia y la verdad, para el Estado, y dentro de el para el ministerio de salud, no tiene nada o tiene poco que ver con la salud de las personas y comunidades victimizadas; la vivienda podría ser otro ejemplo de como una “política de reparación” pierde su sentido priorizando acciones asistenciales o de obligaciones primigenias con la población, quitándole así el valor a las consecuencias de los hechos y su relación con el derecho a la reparación integral.

De acuerdo con Vélez, en el 2005 la OMS creo la Comisión sobre Determinantes de la Salud, entendiendo estos como “(...) *las condiciones estructurales y de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio, y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión “determinantes sociales” resume (...) el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud*”⁴⁰ ; la relación entre las consecuencias del conflicto armado y el rompimiento o profundización con los determinantes sociales se nos hace evidente, y habría que llenar de contenido y análisis desde las expectativas de reparación de las víctimas dichos determinantes sociales si quisiéramos avanzar hacia una seria comprensión de lo psicosocial y la salud integral.

Las víctimas del conflicto sociopolítico encuentran su lugar en la Ley Estatutaria, compartido con otros grupos poblacionales, a partir del artículo 11 bajo la denominación que les da precisamente la Corte Constitucional, Sujetos de Especial Protección: “*La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, **desplazados**, víctimas de violencia y del **conflicto armado**, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que les garanticen las mejores condiciones de atención (...)*”⁴¹, no obstante, y pese a ser un articulado que ya la Corte Constitucional venía reiterando en sus sentencias, la realidad y la cotidianidad de las víctimas es bien distinta, muestra de ello es el incumplimiento de la sentencia T-045, del Auto 092, de

⁴⁰ Vélez Marcela, La Salud en Colombia; Penguin Random House. Bogotá, enero de 2016.

⁴¹ Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015.

las sentencias de la Corte IDH, entre otras, donde la mayoría de los testimonios de las víctimas señalan significativos obstáculos para acceder a la atención en salud y la misma no resulta de calidad ni integral, en otras palabras, y siendo reiterativos, lo identificado por la T-045 no se supera, aunado a que la población en general acude en una frecuencia alta y sostenida a la presentación de tutelas para lograr el amparo de su derecho constitucional a la salud.

Del artículo citado se desprende un párrafo nada halagador para la situación de las víctimas: *“En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollara el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011”*⁴² Es decir, el PAPSIVI que no reúne a la fecha los criterios para ser un programa psicosocial y está más que lejos de tener una concepción de salud integral, con un enfoque reparador e integrador de las otras medidas de reparación.

De la resolución 429 se desprende que: *“el sistema de salud debe encaminar sus esfuerzos al mejoramiento del estado de salud de la población y el goce efectivo del derecho a la salud, para lo cual se hace necesario aumentar el acceso y el mejoramiento de la calidad de los servicios, fortalecer la infraestructura hospitalaria, **recuperar la confianza pública en el sistema de salud y el aseguramiento de la sostenibilidad financiera del sistema** y privilegiar estrategias preventiva y de medicina familiar y comunitaria, con enfoque intercultural, complementadas con el fortalecimiento del talento humano en salud”* (Subrayado fuera del texto). Nótese como hay un reconocimiento de la desconfianza y descontento de la población con el sistema, lo cual va en contravía del mismo espíritu del derecho a la salud, en cuanto la Ley persigue la corrección de aspectos importantes, como la recuperación de la autonomía médica, pero tal y como lo anotó en la entrevista el médico experto en salud pública Román Vega, la Ley Estatutaria no toca el núcleo central de la Ley 100, no afecta los cimientos o la columna vertebral del actual sistema de salud, viéndose esto reflejado en el principio de la política que se expone, es decir, el modelo de aseguramiento y la sostenibilidad financiera continúan intactos.

Uno de los pilares de la política de atención integral en salud pareciera ser la recuperación decidida de la estrategia que en los años 70 impulsó la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) conocida como la Atención Primaria en Salud (APS)⁴³ la cual en nuestro país ha caído

⁴²⁴² *Ibíd.*

⁴³ *“La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a partir de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es eje central y foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de*

en desuso por épocas, siendo retomada de nuevo hace algunos años con el significativo acompañamiento de la OPS, una de sus promotoras a nivel de la región, y tras varios intentos por retomarla, el ministerio de salud continuó desconociendo que la población rural, además de sus problemas históricos, tenía otro de mayor trascendencia, la violencia sociopolítica; el foco de la APS viene ahora dado por un enfoque en la salud familiar y comunitaria: *“El objetivo del enfoque de la salud familiar y comunitaria es coordinar el proceso de cuidado primario de la salud, integrando las diferentes intervenciones que se deben realizar con la población para resolver la mayor de los problemas de la salud que no requieren alta tecnología médica, es decir, este enfoque mejora la capacidad resolutive y la calidad de los servicios primarios de salud y permite controlar la remisión a los servicios complementarios de alta complejidad sin detrimento de la calidad y la continuidad de la atención”*⁴⁴. Podríamos estar en desacuerdo con este esquema a pesar de lo incompleto del mismo en la concepción de la salud?

Difícilmente, el problema es que nunca ha funcionado así debido a la forma como está estructurado el actual sistema donde la función pública de lo colectivo se encuentra desfinanciada y no ligada a la responsabilidad de articulación con el asegurador de turno en las regiones, por otra parte nunca ha contemplado a las víctimas del conflicto sociopolítico, foco fundamental de nuestra discusión. Sin duda esta sería una estrategia que habría que armonizar en el marco de un sistema de salud para las víctimas.

Para el desarrollo de dicha Política Integral en Salud, el Ministerio diseñó el Modelo de Atención Integral en Salud conocido como MIAS⁴⁵, y sobre el cual no profundizaremos, y a la vez este contiene Rutas Integrales de Atención en Salud que llaman (RIAS) sobre el cual nos detendremos un poco, dado que, y haciendo la

los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria, al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada”; Declaración de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Data, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978.

⁴⁴ Política de Atención Integral en Salud, Ministerio de Salud, Bogotá, enero de 2016.

⁴⁵ El Ministerio de Salud y Protección Social define: El MIAS es un modelo de aseguramiento y prestación de servicios de salud, diseñado para ser implementado, inicialmente en el departamento de Guainía, como una experiencia piloto. Tiene un enfoque fundamentado en el principio de diversidad étnica y cultural, y Atención Primaria en Salud (APS). Con énfasis en el componente familiar y comunitario, así como en procesos que garanticen la articulación de los actores sociales y de los agentes del sistema de manera que se garantice efectivamente el acceso a la población de los servicios de salud. El modelo responde a los contenidos previstos en el PDSP y en el Plan Territorial de Salud del departamento. Su implementación se realizará de manera gradual, durante un periodo de 5 años, y en concertación con los pueblos indígenas del departamento, a través de sus instancias representativas, con el propósito de mejorar los resultados en salud de los habitantes del departamento de Guainía. En: Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS, piloto de implementación en los departamentos con poblaciones dispersas, departamento de Guainía, noviembre de 2015.

salvedad, según entendemos, ninguna de las dos estrategias esta implementada, por lo que culminaremos con la Ley misma.

Las rutas integrales se plantean como una *“herramienta obligatoria que define a los integrantes del sector salud (...) y de otros sectores las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, **las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrollan**, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación”*⁴⁶ (subrayado fuera del texto).

De la revisión de ambos documentos, se entiende que un grupo poblacional, entre muchos, son las víctimas del conflicto armado, y por tanto, ni lo que el ministerio denomina Política Integral en Salud ni las RIAS están pensadas o en clave de las personas, familias y comunidades que han sido victimizadas, pese a que existe una graficación de la ruta para las víctimas (ver anexo 2).

Una revisión general de las RIAS, que insistimos no ha sido puesta en práctica hasta el momento de la elaboración de este documento, nos permite observar:

1. La atención se da en el marco de una lógica de servicios centrado en la relación paciente- medico- enfermedad, es decir en un modelo que persiste en lo biomédico, a pesar de que la ruta habla de equipos multidisciplinares y reconoce los determinantes sociales en concordancia con el artículo 9 de la Ley Estatutaria de la cual se desprende.
2. Llama la atención como de manera conceptual se consideran enfoques en derechos humanos, en el desarrollo humano desde la perspectiva de Amartya Sen, y enfoques de curso de vida, no obstante, los aspectos prácticos y operacionales, contradicen en principio dicha concepción de la salud y los derechos humanos.
3. Lo que entiende el ministerio por Atención Integral en Salud se caracteriza al menos por tres falacias: estar centrado en las personas, reconocer el carácter multidimensional del desarrollo y garantizar el continuo de la atención con calidad. Como vimos en los capítulos precedentes y como se podrá observar en las narrativas de las víctimas, dichos componentes pueden estar escritos pero no acompañan ni se reflejan en la acción.
4. Las RIAS se conforman de tres tramos fundamentales: 1) Ruta integral de atención para la promoción y el mantenimiento de la salud en el curso de vida, de carácter individual y colectivo; 2) Rutas integrales de atención para grupos de riesgo; y, 3) Rutas integrales de atención específica para grupos de eventos.

⁴⁶Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, abril de 2016.

5. Las rutas tienen como principio: estar centrado en los sujetos, seguridad y calidad, eficacia, eficiencia y equidad.
6. El ministerio reconoce unas condiciones de lo que denomina entornos saludables donde se debe fomentar la inclusión y tener en cuenta condiciones particulares las cuales identifica entre paréntesis para hacer referencia a la discapacidad, y situaciones sociales donde encierra desplazamiento, víctimas del conflicto, habitantes de calle, entre otros. Es decir, hay una ausencia total del conflicto sociopolítico y la salud.
7. La atención, aunque se valora la prevención y promoción, algo que no es nuevo y con lo cual nunca ha cumplido el sistema de manera eficiente y de impacto real, se centra en el diagnóstico el cual determina, a partir del grupo de riesgo, la prioridad de la atención: *“En el caso en que los agentes identifiquen varios grupos de riesgo y deba priorizarse su implementación **de acuerdo con los recursos disponibles** y posterior al diligenciamiento de la tabla de caracterización de los mismos, el equipo desarrollador debe realizar un **consenso de experto formal** (por ejemplo tipo grupo nominal), el cual debe estar integrado por los actores principales (tomadores de decisiones, investigadores, profesionales de la salud, y del área social) pertinentes para el escenario abordado. El grupo de consenso de expertos en sesión formal y con previo conocimiento del objetivo, debe realizar una votación individual que permita priorizar el, o los grupos de riesgo teniendo en cuenta tres criterios: **magnitud de la condición en salud, impacto y disponibilidad (...)**”* (Subrayado fuera del texto). A pesar de las largas discusiones que en el pasado se han sostenido con el ministerio, lo que continua primando es una visión patologizante del ser.
8. Lo anterior se identifica claramente con el diagrama de la ruta sobre víctimas del conflicto armado, centrada por completo el diagnóstico de la salud mental.
9. Por último, el documento no da cuenta ni recoge el contexto de la violencia sociopolítica, por lo tanto, no comprende la concepción de salud integral y de la reparación desde ese lugar histórico determinante de la construcción de relaciones y vínculos en nuestra sociedad, una vez más, el ministerio deja de lado el conflicto armado y la discusión por la implementación de los acuerdos con las FARC, más allá de los resultados del plebiscito del pasado 2 de octubre, es decir, no se reflexiona frente a la salud y los escenarios de posible fin del conflicto si se llegasen a implementar los acuerdos.

Una de las palabras más repetidas dentro del documento de la política y la ruta, es quizás la de la integralidad de la salud, que al igual que el programa PAPSIVI, es todo, menos integral, lo que nos lleva a afirmar que la visión del ministerio es cerrada frente a la concepción de la salud integral y desconocedora de la perspectiva psicosocial como determinante de la atención y la reparación en salud, desconociendo de paso

importantes valoraciones como las de la Corte Constitucional y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Cerramos esta apartado retomando a la experta en salud pública Marcela Vélez y al experto Román Vega, a quienes venimos citando, y a otros voces, para conocer sus consideraciones frente a la Ley Estatuaría como quiera que advertíamos al inicio del capítulo que la misma era polémica y controversial: *“La Ley Estatuaría de Salud ha tenido un interesante proceso de aprobación. Para los sectores sociales ha habido momentos de esperanza y otros de frustración. Incluso ahora después de su promulgación algunos actores siguen pensando que la Corte debió eliminar las EPS en su fallo, pero es importante tener expectativas razonables de las instituciones, y eliminar EPS y cambiar sistemas de salud no es una competencia de la Corte Constitucional. Después de eliminar artículos y frases contradictorias, en el 2014 la Corte declaró exequible la ley (...) entre los párrafos eliminados por la Corte está un aparte del artículo 6, para evitar que servicios médicos vitales sean interrumpidos de “manera intempestiva y arbitraria”, y un aparte del artículo 14 de la ley, con lo que se evitan trámites administrativos en la “atención inicial del urgencias”. De acuerdo con el magistrado Luis Ernesto Vargas (...) “las autorizaciones quedan proscritas, abolidas en los casos de urgencia médica” y esta medida debe reinar a lo largo de todo el procedimiento de emergencia y no solo en su etapa inicial. Entre los aspectos enfatizados por la Corte están que los trámites administrativos no pueden estar a cargo de los usuarios, que la regulación de precios de medicamentos debe hacerse en toda su cadena, desde los insumos hasta la entrega al paciente, y que el uso de la tutela en materia de salud no puede limitarse bajo ninguna circunstancia (...) lo cierto es que ninguna de estas leyes cambia en lo fundamental la estructura del negocio que se ha implementado en el país, lo que hace es intentar definir mecanismos legales que regulen el negocio, o más bien que limiten de alguna manera las arbitrariedades contra los usuarios”⁴⁷* (Subrayado fuera del texto).

La conclusión de Vélez amerita algunos comentarios de nuestra parte. Si bien es cierto que acabar con las EPS no le corresponde al máximo tribunal constitucional, si es importante que el mismo pueda pronunciarse con más fuerza frente a la forma como este sistema actual permite o no el cumplimiento de sus propias sentencias frente al derecho y la reparación en salud de las personas y comunidades victimizadas, como quiera que el ministro de salud y protección social Alejandro Gaviria carece de voluntad política para hacer dicha reflexión que lleve a la transformación de lo actual, no para acabar desde un tribunal con las EPS en el entendido de Vélez y que sería un gran alivio, sino para reconocer la necesidad urgente de un sistema que permita reconocer a las víctimas y repararlas de manera integral como lo dictan las diferentes

⁴⁷ Vélez Marcela, La Salud en Colombia; Penguin Random House. Bogotá, enero de 2016.

sentencias; referencia Vélez a los sectores sociales y sus expectativas frente a la ley; lamentablemente esos sectores sociales no incluyen al movimiento social de víctimas⁴⁸ del conflicto armado, y tampoco el movimiento de víctimas hace mayores esfuerzos para presionar los cambios necesarios que se requieren en el cumplimiento de sus derechos, quizás por el cansancio mismo ante un ministerio que lleva años engañándoles; habría que analizar mejor a qué llama Vélez sectores sociales, ya que tampoco observamos, tal y como llama la atención Ramón Vega, una reacción social sostenida y amplia de todos los sectores sociales de la sociedad, no solo de los profesionales de la salud, los sindicatos, los hospitales y las personas enfermas que están asociadas, para protestar en contra de un sistema que literalmente hace todo lo contrario a la búsqueda del bienestar y la promoción de la salud; quizás la misma pasividad de la sociedad que ha permitido crímenes tan abominables como la desaparición forzada este facilitándole hoy al Estado que haga con su salud lo que ha bien considere sin importar que mañana mueran seres queridos como consecuencia de un sistema que nos resulta perverso. Habrá que analizar el fenómeno de la participación ciudadana y el valor real de la salud para la población, que sin duda se conecta con la indiferencia social y una muy precaria democracia; esta es también una secuela de la guerra que todavía no cierra.

Como advertíamos en párrafos anteriores, Vélez llega a la misma conclusión que Vega: la Ley Estatutaria resulta insuficiente para resolver la problemática de la salud de los colombianos ya que no altera el modelo del aseguramiento que la sostiene, la lógica del mercado de la salud queda intacta; interpretando a Vega, este agrega que la noción del derecho a la salud como atención es limitada, y que la discusión de los determinantes sociales de la salud es compleja frente a la relaciones de poder en la sociedad, entre otras, lo económico, lo étnico, la tierra; la lógica del mercado de la salud privatiza un derecho bajo la regulación del Estado; igualmente, se plantea el falso dilema del sector salud como responsable de los otros derechos de los que depende como quiera que el concepto de salud de la ley estatutaria limita en últimas el propio derecho a la salud, y como si no fuera suficiente, esta ley no se pronuncia frente a aquella que la abarca, la ley 100; finalmente, Vega coincide con el planteamiento de otro experto, el exsubsecretario de salud del distrito de Bogotá Jaime Urrego, quien durante el Debate en Salud Pública: *La Salud en Colombia y los Acuerdos de Paz*, desarrollado el pasado mes de septiembre en la Universidad Nacional, sostuvo que la ley estatutaria no era sostenible mientras persistiera el marco general de la ley 100.

⁴⁸ Cuando hacemos referencia al movimiento social de víctimas nos referimos tanto a aquellas que están organizadas en diferentes tipos de organización y naturaleza, como aquellas que sin estarlo hacen parte de hechos victimizantes comunes y tienen otro nivel organizativo como grupos o comités de familiares o son líderes y lideresas que desarrollan acciones por fuera de un espacio organizativo formal.

Para la analista política Cristina de la Torre, la ley estatutaria es una política retardataria como rebote a lo dispuesto en el Plan de Desarrollo: *“Tan revolucionario el empeño del presidente en poner fin a la guerra, como retardatarias políticas suyas que obstruyen la paz. Contra la Ley Estatutaria de salud, el Plan Nacional de Desarrollo, reafirma el imperio de las EPS y, con este, el modelo de salud como negocio. Mercaderes sin escrúpulos, sus dueños llevan 22 años apropiándose los recursos públicos del sector, gracias a la intermediación financiera, a mil privilegios y torcidos, y a la ostentosa venia de los gobiernos. El Plan revitaliza el modelo mercantil en salud. Contraviene la ley que eleva este cuidado a derecho fundamental y obliga al Estado a garantizarlo para todos. Aquel abre nuevas puertas a la liquidación de hospitales públicos. Las EPS les adeudan 12 billones; pero antes que obligarlas a pagar, les concedió el ministro Gaviria siete años de gracia para refinanciarse ¡con plata de los colombianos! ¿Creerá él que con este modelo inmoral se construye paz?”*⁴⁹.

En efecto, se trata de un modelo inmoral si se mira con el foco puesto en los derechos de las víctimas del conflicto armado, foco que siempre está ausente cuando se plantean las reformas o la eliminación de la ley 100; claramente, y de acuerdo con las voces citadas, no se puede hacer un reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y al tiempo preservar el modelo de negocio de la salud, es menos que un contrasentido, y, está más bien próximo a la revictimización, la misma de la cual el ministerio de salud, muy lamentablemente ha propiciado en los últimos años.

A lo señalado en el capítulo 2 de este documento sobre el programa estatal PAPSIVI, quisiéramos retomar y agregar las siguientes observaciones como desenlace del capítulo 3:

La Mesa Psicosocial⁵⁰ manifestó en el marco del debate de control político citado por los representantes Ángela María Robledo y Alirio Uribe, el cual fue denominado: “Atención Psicosocial en el Marco del Conflicto Armado” del pasado 18 de mayo de este año ante la comisión séptima de la Cámara de Representantes del Congreso de la República, sus reparos al programa gubernamental emanado de la ley de víctimas y su relación con el sistema de salud:

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

⁴⁹ Blogclt.wiz.com/cristinadelatorre

⁵⁰ Es un espacio de coordinación de organizaciones y profesionales independientes de la sociedad civil con amplia y reconocida experiencia en el acompañamiento y atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica en Colombia, de la cual hace parte activamente la Corporación Vínculos.

consecuente obligación de reparación. En suma un programa improcedente desde su origen, al pretender funcionar desde la lógica del inoperante sistema de salud vigente”⁵¹

Dicha lógica de la que habla la mesa no es otra cosa que el panorama presentado en este capítulo con lo cual deben lidiar las víctimas, como quiera que el PAPSIVI, ya lo decíamos, funciona como un puente “comunicante” con el sistema cuando detecta a partir de la caracterización o evaluación de la población, que las personas requieren una atención bien sea general o especializada o en salud mental por ejemplo; la capacidad de procesos terapéuticos anclados a una dinámica coordinada de salud integral, si se quiere hablar de la salud como servicio, por parte del PAPSIVI es nula; las organizaciones de la mesa han sido testigo de los innumerables protocolos, guías y versiones del PAPSIVI durante estos últimos 6 años (contamos desde la enunciación de la T-o-45), sin que se aprecien avances o acciones concretas que redunden en la calidad de la atención y/o en la mitigación del dolor de las víctimas; el desorden conceptual y administrativo, así como el incumplimiento de las órdenes judiciales, además de la ausencia de voluntad política, explican la actual situación. Esa lógica inoperante de la que habla la mesa recibe su respuesta en un sistema de salud que no entiende ni comprende el lugar de lo psicosocial en el proceso de reparación de las víctimas, entre otras, porque tampoco las reconoce, y lejos está de contribuir a su dignificación cuando lo que importa es la dinámica del mercado y del sistema financiero en beneficio de un grupo de empresarios de la salud.

Agrega la Mesa Psicosocial, de la cual también hace parte la Corporación Vínculos, en su análisis de la situación, y confirmando nuestra lectura: *“El seguimiento que hemos hecho a este proceso, nos lleva a destacar la dispersión de enfoques, protocolos, acciones y responsables de la atención psicosocial; así como la evidente desarticulación entre el Ministerio de Salud y la Unidad de Víctimas, situación que se refleja en acciones con daño, revictimización y profundización de las afectaciones (...)”⁵²*

Cabe destacar que en su comunicado e intervención ante la Cámara de Representantes, la mesa valora que hoy por lo menos se cuente con un programa para las víctimas, pero lamenta e insiste en la falacia del mismo cuando se lleva a la práctica ya que precisamente se tramita la revictimización: *“Reconocemos que la existencia de un Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las víctimas es un avance pero no se le puede considerar como la política pública de salud integral que tantos millones de personas reclaman y necesitan. Mucho menos cuando se dan retrocesos conceptuales de hondo impacto, como se identifica en los actuales lineamientos de atención del Ministerio de Salud, en los que el enfoque de la política se limita al de la salud mental en*

⁵¹ Aportes de la Mesa Psicosocial al debate de control político: “Atención Psicosocial en el Marco del Conflicto Armado”, Comisión Séptima de la Cámara de Representantes Congreso de la Republica, Bogotá, 18 de mayo de 2016.

⁵² *Ibíd.*

*términos de protección y prevención, desconociendo el fundamento y la especificidad de la atención psicosocial a personas cuyos derechos han sido vulnerados por graves violaciones a los DDHH en el marco y contexto de un conflicto armado. Además de la incoherencia en enfoques y **la ausencia de una política coordinada, está la necesidad de asegurar una política que realmente se construya a partir de las demandas, valoraciones y necesidades de las comunidades y víctimas a las que será dirigida.** No se puede continuar con un ejercicio de diseño descontextualizado enfocado como una estrategia transitoria y exclusiva del sector salud”⁵³ (Subrayado fuera del texto).*

Durante el debate referido, el segundo que citaba la representante Ángela María Robledo, el entonces ViceMinistro de Salud Fernando Ruiz, expresó que un programa, en referencia al PAPSIVI, era mejor que tener la política pública, como si la construcción de una política estuviera a su discreción desconociendo de paso a la Corte Constitucional y a las víctimas mismas. Es de anotar que el titular de la cartera, Alejandro Gaviria, ha mostrado su total desinterés por estos debates, en el primero se retiró y al segundo no asistió; que las víctimas y su salud integral no está en la agenda del ministro es claro, por si quedara dudas, el pasado 8 de abril de este año, el ministro asistió al Comité Ejecutivo del SNARIV – Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas-, máximo órgano decisorio, del cual el ministerio no tiene asiento permanente siendo este un indicador de que la salud no es considerada como estratégica y fundamental para la reparación integral, donde pidió recursos presupuestales para el PAPSIVI.

Los órganos de control en su conjunto también se han pronunciado frente a la implementación del programa de atención psicosocial del Estado y la atención en salud a las víctimas desde la medida de rehabilitación. En su segundo informe la Comisión de Seguimiento y Monitoreo al cumplimiento de la Ley 1448 de 2011, integrada por la Defensoría del Pueblo, la Contraloría y la Procuraduría General de la Nación, señalaron varios aspectos a destacar de los cuales rescatamos los siguientes:

- a- Retoma las conclusiones del año 2014: *“En los aspectos relacionados con acceso real, la oportunidad y la calidad en la atención en salud para la población víctima se evidenció la persistencia de barreras de acceso. Las víctimas sostiene que la mayoría de los profesionales de la salud no tienen experiencia en atención a esta población, y por lo tanto no son sensibles a las situaciones específicas de atención que ellas necesitan. Además su trabajo se orienta al cumplimiento de metas, con lo que se afecta la calidad de la atención psicosocial; también enfatizan que la prestación de los servicios de salud en la zona rural es intermitente, muchas veces*

⁵³Ibíd.

*por dificultades de acceso geográfico o de seguridad, lo que conlleva a que la atención se focalice en zonas urbanas (...)*⁵⁴

- b- En el mismo informe las Defensorías Regionales puntualizaron:
- *“Drástica disminución de los recursos a ser entregados a los entes territoriales por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia 2015: Un caso significativo se da en Norte de Santander donde el PAPSIVI, para su tercera etapa, va a tener un recorte presupuestal cercano al 86% de acuerdo al reporte que entrega el Director del Instituto Departamental, quien expone la inconformidad que ha generado en las autoridades de salud, la reducción de la cobertura (...).*
 - *Inexistencia de la ruta y profesionales de atención psicológica clínica para las víctimas en la mayoría de los municipios priorizados; (...) en el municipio de Tuluá (...) a pesar de haber sido un municipio priorizado no se maneja el programa PAPSIVI. En algunos departamentos como el Quindío el reporte es que no está funcionando el componente de rehabilitación.*
 - *No continuidad de algunos profesionales de la primera fase: Dicha situación genera un rompimiento del avance realizado con la población víctima atendida en cuanto al proceso de empatía y confianza depositada. Adicionalmente se presentan dificultades y demoras en los trámites de los contratos interadministrativos para la vinculación de personal.*
 - *El problema de retrasos hasta de cuatro meses en promedio en el inicio del programa en los territorios focalizados en generalizado”*⁵⁵
- c- Al tomar una zona priorizada como el Valle del Cauca, siendo similar el resultado para otras zonas, el informe reportó: *“En relación con la atención y la rehabilitación como parte de la rehabilitación integral, las víctimas de los municipios focalizados informan su total desconocimiento del PAPSIVI (...) este desconocimiento genera preocupación (...) dado que son evidentes los altos índices de victimización del departamento que sugieren una respuesta adecuada y oportuna, sobre la cual las víctimas y sus representantes deben estar al tanto”*⁵⁶
- d- Frente al tema presupuestal, la Comisión de Seguimiento de los órganos de control precisó que: *“(...) estimaba que el presupuesto para el financiamiento del PAPSIVI aumentara para el 2015, en atención a la progresividad que establece la Ley. Por el contrario se advierte un recorte presupuestal del 40%, al pasar del 25*

⁵⁴ Segundo informe al Congreso de la Republica 2014-2015. Comisión de Seguimiento y Monitoreo al cumplimiento de la Ley 1448 de 2011. Bogotá, Colombia, agosto de 2015.

⁵⁵ *Ibíd.*

⁵⁶ *Ibíd.*

mil millones en el 2014 a 15 mil millones en el 2015, situación que afectó negativamente el número de personas a ser atendidas para el presente año⁵⁷

- e- El informe identificó fallas en procesos institucionales para el retorno de familias restituidas, señalando con respecto del ministerio de salud: *“Deficiencias en la atención en salud, en especial la escasa atención psicosocial a las víctimas a través del PAPSIVI; Se presentan demoras en los tramites de solicitud de traslado de EPS, situación que les genera traumatismos, demoras y costos a las víctimas”,* y de parte de las secretarías territoriales de salud señaló: *“No existe apoyo por parte de los gobiernos locales para la implementación de la estrategia móvil de recuperación emocional⁵⁸”*

El tercer informe de la misma Comisión de Seguimiento, correspondiente al 2015-2016 referencia que el ministerio de salud no cuenta con presupuesto para la atención de las víctimas en el marco de la 1448: *“(…) Otro caso es el de la atención psicosocial a través del PAPSIVI, donde se ha manifestado por parte del Ministerio de Salud que no cuenta con el presupuesto para lograr atender el total de víctimas que demanda esta atención⁵⁹”,* es decir, confirma lo que venía registrando desde el informe anterior y coincide con la información de la Corporación Vínculos sobre el pedido presupuestal extemporáneo hecho por el ministro de salud al comité ejecutivo de la SNARIV.

Ya vivimos en párrafos anteriores que la Política de Salud del ministerio, como resultado de la ley estatutaria reconoce los determinantes sociales sin plantear operativamente en la política como se logra la salud integral para todos/as; el balance de los órganos de control, en su tercer informe, para el desarrollo efectivo de los derechos a la reparación de las víctimas, incluyendo la medida de rehabilitación, es profundamente preocupante al respecto: *“El estudio realizado por CSML, sobre la evolución del diseño e implementación de la política para las víctimas, permite evidenciar importantes problemáticas que impiden eficacia y oportunidad en la respuesta del Estado a las necesidades de la población. Trascurrido la mitad del periodo de vigencia de la Ley preocupan las cifras que reflejan el estado de la política pública, el nivel de insatisfacción de la población, la lentitud de los procesos y trámites administrativos y la falta de rutas integrales para la entrega de las medidas. A manera de ejemplo, de acuerdo con las mediciones de la UARIV, en 2016, tan solo el 2% de la población víctima por desplazamiento forzado ha superado la situación de vulnerabilidad, y de quienes lograron superar subsistencia mínima, tan solo el 0.6% lo*

⁵⁷ *Ibíd.*

⁵⁸ *Ibíd.*

⁵⁹ Tercer informe de seguimiento al Congreso de la República 2015-2016. Comisión de seguimiento y monitoreo a la implementación de la Ley 1448 de 2011 “Ley de Víctimas y Restitución de Tierras”. Bogotá, Colombia, agosto 19 de 2016.

hicieron por generación de ingresos; la cobertura por parte del Ministerio de Trabajo para programas de emprendimiento tan solo llega al 0.91% y en formación para el trabajo tan solo a 2.46%; y de las personas víctimas que desean acceder a una vivienda digna, solamente el 10.8% han podido materializar ese derecho fundamental. **Es decir, de cara a un eventual posconflicto, la realidad que presenta la población víctima evidencia una política pública asistencialista, más no transformadora de sus proyectos de vida.** La consagración legal de los derechos fundamentales a la educación, a la salud, a una vivienda digna, deben articularse con las capacidades habilidades, intereses y expectativas de las víctimas, encaminadas a fortalecer sus capacidades productivas, el entorno familiar y comunitario, la participación y el ejercicio de la ciudadanía para una verdadera incidencia política, componentes que no reflejan un avance significativo que aporte a la disminución de los niveles de pobreza y pobreza extrema”⁶⁰ (Subrayado fuera del texto).

Aunque es evidente en los estudios de los órganos de control que el tema presupuestal es determinante para la respuesta del ministerio de salud, esto no puede ser óbice para opacar los problemas de fondo que hemos expuesto, es decir, el modelo mismo de salud colombiano soportado en la lógica financiera; lo que evidencia el tema presupuestal, más allá de la falta de planeación adecuada, es la ausencia de la política pública para la atención psicosocial y en salud desde la reparación integral, y un profundo desinterés del ministerio de salud para asumir seriamente la medida de rehabilitación de la 1448 y del cumplimiento de las sentencias de tribunales nacionales e internacionales.

Por lo anterior, concluimos con lo señalado por la Corte Constitucional, que claramente observó y analizó en su sentencia T-045 el vacío y desconocimiento que el Sistema de Salud colombiano tiene sobre los asuntos de las víctimas, en la medida en que no las contempla: **“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”**⁶¹ (Subrayado nuestro) Resulta lo suficientemente claro que las

⁶⁰Ibíd.

⁶¹ Sentencia T-045 de 2010, Corte Constitucional, MP: María Victoria Calle. 2 de febrero de 2010.

víctimas del conflicto interno no cuentan con un sistema de salud que les garantice su derecho y la reparación misma desde lo integral.

Las razones y comprensiones expuestas en los tres capítulos que nos preceden constituyen la explicación de porqué el sistema de seguridad social y en salud o el sistema de salud a partir de la más reciente ley, no reconocen a las personas, colectivos y comunidades que han sido victimizados en desarrollo del longevo conflicto sociopolítico de nuestro país, por lo tanto, un sistema que no fue concebido para atender y asumir los efectos de la guerra no puede ser el mismo que pretenda atender y reparar a las víctimas; queda claro entre otras, que las modificaciones a la ley 100, que no reformas, tampoco han facilitado la inclusión del sector poblacional más afectado por el conflicto armado, es más, ha contribuido a su re-victimización.

Es con este panorama que nos adentramos ahora a revisar de manera general los acuerdos de la Habana, independiente de los resultados del plebiscito, en cuanto a la salud y a la atención psicosocial.

4 La Salud y la Atención Psicosocial desde la perspectiva de los Acuerdos de Paz con la Guerrilla de las FARC

El resultado del plebiscito del pasado 2 de octubre, mecanismo por el cual el Presidente Juan Manuel Santos pretendía refrendar los Acuerdos de 4 años de negociación con las FARC-EP para la finalización del conflicto armado, es un indicador de la formación como sujetos políticos de nuestra población, tanto por aquellas posturas que estaban en contra de los acuerdos y votaron por el NO como por la mayoría de la población que se abstuvo de participar, incidiendo de manera significativa en el resultado.

Si bien es cierto que en la Mesa de Negociación de la Habana no se estaba discutiendo el modelo económico ni la reformas estructurales que el país necesita en amplios y determinantes campos sociales y políticos, si estaba definiendo la posibilidad de transformar una relación basada en propósitos que bien pueden ser compartidos con la sociedad civil pero cuyas acciones de exigencia a través de las armas, era y es plenamente rechazables; el cese definitivo del conflicto armado con las FARC permitirá que dichas transformaciones sociales que se requieren empiecen a tener otra óptica desde el establecimiento y desde la sociedad civil misma, para que su exigibilidad sea legitimada desde la lucha social, por la vía jurídica, política y haciendo efectivo el derecho a la participación activa de las y los colombianos.

A pesar de la ausencia directa de las organizaciones psicosociales en los espacios de interlocución de la Habana, exceptuando plataformas específicas como la COALICO que abordó la entrega de niños y niñas de las FARC y el proceso social y psicológico

que debían seguir a su regreso con sus familias y comunidades, la salud y lo psicosocial tuvo un lugar en los documentos del acuerdo, siendo lo psicosocial asumido por la Unidad de Reparación para las Víctimas, y la salud, de una manera muy marginal y restringida, en concordancia con sus actuales lineamientos, por el ministerio de salud.

La Mesa Psicosocial hizo llegar el 14 de julio de 2016 a los negociadores de la Habana una comunicación titulada “*Imprescindible la Incorporación del Enfoque Psicosocial en la Implementación de los Acuerdos de la Habana*”, en ella, la mesa sustenta las razones por las cuales lo psicosocial debería ser el eje de la implementación de la totalidad de los acuerdos:

“Sea considerado en los diferentes momentos de la implementación de los acuerdos, en cuanto facilita la comprensión integral de las afectaciones y se constituye en el dispositivo para restablecer relaciones y el soporte de una paz verdadera y sostenible; se incorpore desde una perspectiva de los derechos humanos que ubique los y las responsables, las intencionalidades y los efectos causados y trascienda los documentos escritos ya que ubicar estas verdades en la esfera pública vincula a la sociedad con lo acontecido y crea condiciones para transformaciones y garantías de no repetición; sea el centro de todo proceso donde las víctimas son las protagonistas, teniendo en cuenta los efectos de la violencia sociopolítica, como son, entre otros, el miedo generalizado, la estigmatización y la polarización, creando por tanto las condiciones para que ellas narren lo vivido, sobrepasando el ejercicio catártico y constituyendo la posibilidad de crear narraciones transformadoras y en ese sentido sea un verdadero aporte a la reparación y sanación; sea comprendido en clave de procesos de mediano y largo plazo para el fortalecimiento individual y colectivo y no de eventos puntuales. Para los escenarios como la Comisión de Esclarecimiento de la Verdad, Convivencia y no Repetición y la Jurisdicción Especial para la Paz, este enfoque es indispensable para la reparación integral de las víctimas (...)”⁶².

Debemos resaltar que antes de los acuerdos, a pesar de su actual interinidad, e incluso con la ley 1448, hasta la fecha no se había obtenido a lo largo del conflicto sociopolítico un reconocimiento pleno para las víctimas más allá de lo jurídico.

El reconocimiento del otro, de la sociedad y del Estado a las víctimas, a partir de los acuerdos es clave en la identificación y deconstrucción de la identidad de las víctimas. De aquí lo trascendental del discurso y de las acciones de la Habana, por ello debe resaltarse lo discursivo, pues en adelante la narrativa de nuestro conflicto será distinta y ello tendrá efectos tanto en las memorias hegemónicas como en los surcos reivindicativos de las memorias locales y particulares que las poblaciones,

⁶² Comunicación dirigida a los negociadores del Acuerdo de Paz en la Habana (Cuba) bajo el título: “Imprescindible la incorporación del Enfoque Psicosocial en la Implementación de los Acuerdos de la Habana”, Bogotá, 14 de julio de 2016.

organizaciones, familias y personas continuaran construyendo sobre sí mismos. Precisamente lo discursivo en la palabra y en el texto, abre el camino de la exigibilidad y el lugar que les corresponde a dichas víctimas. Una respuesta negativa de obstáculo o de impedimento al quehacer de las víctimas tumba el discurso y nos devuelve a la mentira institucionalizada.

Tanto el acuerdo para las víctimas del conflicto que recoge el Sistema de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición, incluyendo la Jurisdicción Especial para la Paz, y el Compromiso con los Derechos Humanos que incluye: la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición; la Unidad Especial para las Búsqueda de las Personas dadas por Desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto armado; medidas de reparación integral para la construcción de la paz y garantías de no repetición, como los otros acuerdos conocidos en general, y obviamente, el acuerdo final, ponen en el centro y destacan el protagonismo de las víctimas; igualmente, reconocen que sus acciones generaron un daño, e incluso que este es diferencial para las mujeres, los niños/as, ancianos, indígenas y negros; cada uno de los apartados, en este tener las víctimas como centro, plantea la participación y construcción de los espacios con y para las víctimas, con excepción quizás, de la justicia, cuya participación puede ser más bien limitada, y el apartado de la reparación colectiva se encarga de la recuperación emocional individual y de un plan de rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición.

Observamos entonces dos aspectos centrales de la rehabilitación psicosocial, como lo denominan los acuerdos: (1) las medidas de recuperación emocional a nivel individual y (2) el Plan de rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición.

Para los negociadores la recuperación emocional individual implica: *“En el marco del fin del conflicto, y con el fin de atender y contribuir a aliviar el sufrimiento de las víctimas, el gobierno nacional y las FARC-EP hemos acordado que el gobierno nacional, en desarrollo de este acuerdo, se compromete a ampliar la cobertura pública y despliegue territorial, y mejorar la calidad de la atención psicosocial para la recuperación emocional de las víctimas de acuerdo al daño específico que hayan padecido, entre ellas las afectaciones particulares de las víctimas de violencia sexual. Para ello se multiplicarán los centros locales de atención a las víctimas y se impulsarán estrategias móviles para llegar a los lugares más apartados. Así mismo, en cumplimiento de los acuerdos alcanzados el Gobierno Nacional fortalecerá el acceso y los servicios de salud mental para las víctimas que así lo requieran”*⁶³ (subrayado fuera del texto).

⁶³ Acuerdo sobre las víctimas del conflicto: “Sistema integral de verdad, justicia, Reparación y No Repetición”, incluyendo la Jurisdicción Especial para la Paz; y Compromiso sobre Derechos Humanos. Capítulo 5.1.3.4. Rehabilitación Psicosocial: Medidas de recuperación a nivel individual

En cuanto al Plan de rehabilitación psicosocial, el acuerdo final estableció que *“En el marco de los planes de reparación colectiva y teniendo en cuenta las iniciativas locales de reconciliación el Gobierno Nacional, en desarrollo de este Acuerdo, se compromete a aumentar la cobertura y elevar la calidad de las estrategias de rehabilitación comunitaria para la reconstrucción del tejido social. Estas estrategias se desarrollarán a través de procesos comunitarios de mediano y largo plazo que tendrán como propósitos fundamentales generar proyectos de vida futuros en común, fortalecer la confianza entre los ciudadanos y en las instituciones, y lograr una convivencia pacífica restableciendo las relaciones de confianza entre las autoridades públicas y las comunidades, y promover la convivencia al interior de las comunidades incluyendo a las víctimas, a los ex integrantes de organizaciones paramilitares, a integrantes de las FARC-EP en proceso de reincorporación a la vida civil y también de terceros que hayan podido tener alguna participación en el conflicto. La implementación de las estrategias se hará teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género”*⁶⁴ (Subrayado fuera del texto); Y, agrega que estas estrategias de rehabilitación se *“(…) se coordinaran y complementaran con los esfuerzos de la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición durante su periodo de funcionamiento”*⁶⁵.

En lo referente a la participación de las víctimas y de un sector de la sociedad civil en la discusión, lo cual no necesariamente es garantía de que sus posturas y propuestas se vean reflejadas en los acuerdos, o al menos no en la totalidad de los mismos: *“La Mesa de conversaciones estableció tres mecanismos de participación en el proceso: formularios, foros y consultas directas. Estos fueron ampliados para abordar el punto sobre víctimas. Como resultado de ello, más de 3000 víctimas participaron en cuatro foros en Villavicencio, Barranquilla, Barrancabermeja y Cali, y 60 víctimas viajaron a la Habana para dar sus testimonios y ofrecer sus recomendaciones directamente a la Mesa de Conversaciones”*⁶⁶, incluso hoy día, y dado el grado de incertidumbre, continúan siendo escuchadas las víctimas de diferentes sectores, la mayoría en pro de mantener y respetar los acuerdos, y otro grupo muy minoritaria de ellas, para que sean incluidas determinadas posturas de quienes no apoyaron los acuerdos. En el acuerdo final hay todo un capítulo sobre las medidas efectivas para promover una mayor participación en la política nacional, regional y local, sobre lo cual volveremos en el apartado sobre el modelo de salud para las víctimas del conflicto.

Frente a la desaparición forzada y la nueva unidad que la mesa acordó, se abre otro espacio de reconocimiento a lo psicosocial desde el acompañamiento, precisamente las organizaciones de víctimas y las organizaciones psicosociales pudieron concertar

⁶⁴ Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una Paz estable y duradera. 24.08.2016.

⁶⁵ *Ibíd.*

⁶⁶ Proceso de Paz: Acuerdo sobre las víctimas del conflicto- Publicación de la Oficina del Alto Comisionado para la Paz. (sin fecha de publicación)

un documento a pedido de la Mesa de la Habana con sus principios y expectativas frente al mismo. Documentos y aportes que siempre son bien recibidos y sobre los cuales se dice que son tenidos en cuenta para las decisiones últimas, pero realmente eso está por verse, en éste y en todos los puntos, una vez se defina la implementación de los acuerdos en la cotidianidad, y el futuro de los mismos con el nuevo espacio de escucha y concertación que se abrió al haber sido el No, la respuesta de una parte de la sociedad a los acuerdos iniciales.

Quizás el avance más claro en términos de la relación entre una problemática social y la salud, se identifica en el Acuerdo sobre la Solución al Problema de las Drogas Ilícitas, donde se reconoce un tratamiento de salud pública al asunto: “(...) *es necesario diseñar una nueva visión que atienda las causas y consecuencias de este fenómeno, especialmente presentando alternativas que conduzcan a mejorar **las condiciones de bienestar y buen vivir de las comunidades** en los territorios afectados por los cultivos de uso ilícito; **que aborde el consumo con un enfoque de salud pública** (...) Que esta nueva visión implica buscar alternativas basadas en la evidencia y dar un tratamiento distinto y diferenciado al fenómeno del consumo (...) Que esas nuevas políticas tendrán un **enfoque general de derechos humanos y salud pública, diferenciado y de género** (...) que la política debe mantener **el reconocimiento de los usos ancestrales y tradicionales de la hoja de coca, como parte de la identidad cultural** de la comunidad indígena y la posibilidad de la utilización de cultivos de uso lícito, **para fines médicos y científicos** y otros usos lícitos que se establezcan (...) Que la solución al problema de las drogas ilícitas requiere abordar el tema del consumo sobre la base del compromiso y el trabajo conjunto entre las autoridades, **la comunidad y la familia entorno a una política de promoción de salud, prevención, reducción del daño, atención integral e inclusión social de los consumidores** (...) Las acciones frente al consumo de drogas ilícitas, deben ser integrales, efectivas y sostenibles en el tiempo, **e incluir una labor promocional de estilos y condiciones de vida saludables**, la prevención del consumo, el tratamiento y la rehabilitación, a partir de la **identificación de las necesidades en salud de la población** (...) con el objetivo de mejorar la atención a los consumidores que requieran de tratamiento y rehabilitación de manera progresiva, el Gobierno Nacional, diseñara y pondrá en marcha un **Sistema Nacional de Atención al Consumidor de Drogas** que incluya acciones complementarias de rehabilitación e inserción social”⁶⁷ (Subrayado nuestro). Sin duda, un avance significativo y un cambio sustancial a la relación punitiva que el Estado viene estableciendo con el consumidor donde la salud, no como servicio o atención, se comprende en una dinámica relacional que implica la participación de las partes, aunque persiste cierto énfasis en el enfoque médico. Falta ver como se implementa el mismo, como quiera que las modificaciones a ley 100 han*

⁶⁷ Borrador conjunto Punto 4 Solución al Problema de las Drogas Ilícitas; 16.05.2014, la Habana (Cuba).

autorizado el tratamiento de rehabilitación para personas con problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas a las IPS vía EPS, sin que necesariamente cuenten los centros hospitalarios con la idoneidad para ello.

Otro espacio significativo al reconocimiento de la salud, y al desarrollo de lo psicosocial, se deja ver en el acuerdo frente a lo rural: *“Que si bien este acceso a la tierra es una condición necesaria para la transformación del campo no es suficiente, por lo cual deben establecerse planes nacionales financiados y promovidos por el Estado destinados al desarrollo rural integral para la provisión de bienes y servicios públicos como educación, **salud**, recreación, infraestructura, asistencia técnica, alimentación y nutrición, entre otros, que brinden bienestar y **buen vivir** a la población rural, niñas, niños, hombres y mujeres (...) con el propósito de acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades – niños, niñas, mujeres, hombres, personas con pertenencia étnica, personas con orientación sexual e identidad de género diversa y en condición de discapacidad- **fortalecer la infraestructura y la calidad de la red pública en las zonas rurales y mejorar la oportunidad y pertinencia de la prestación del servicio, se creara e implementará el Plan Nacional de Salud Rural (...) La adopción de un enfoque diferencial y de género, que tenga en cuenta los requerimientos en salud para las mujeres de acuerdo a su ciclo vital, incluyendo medidas en materia de salud sexual y reproductiva, **atención psicosocial** y medidas especiales para mujeres gestantes y los niños y niñas, en la promoción, prevención y atención en salud (...)**La creación de un modelo espacial de salud pública para zonas rurales dispersas, con énfasis en la prevención, que permita brindar atención en los hogares o en los lugares de trabajo”*. (Subrayado fuera del texto); sin duda, el Plan Nacional de Salud Rural, que no debería ser más de lo mismo, es una excelente oportunidad para transformar la visión de la salud integral desde el enfoque que venimos abordando, no obstante, si lo que se pretende es aplicar el MAIS, las expectativas podrían reducirse, por un lado porque se mantiene el esquema de aseguramiento, por el otro, la ruta de aplicación, ya vimos, está centrada en un modelo biomédico, que no es claro cómo se desarrolla de forma multidisciplinar y por fuera de las instalaciones físicas. Recordemos que el departamento de Guainía será el piloto; la pregunta es ¿qué pasa con las regiones altamente afectadas por el conflicto armado? Por ejemplo El Salado donde no hay puesto de salud funcional ni programa de salud integral pese al nivel de perversión que sufrió la población, muy por el contrario, se enfrentan al desastre del hospital municipal de El Carmen de Bolívar, que por jurisdicción cubre al corregimiento de El Salado, sin que el ministerio haga absolutamente nada que resulte dignificador ni adecuado para solucionar los obstáculos, que incluye el nivel ético del personal de salud.

Aunque ya mencionamos dentro de lo acordado algunas dificultades, cerremos con algunas tensiones o inquietudes gruesas que dejan los acuerdos en estos puntos de ser

finalmente ratificados. En últimas, el punto 5 y en especial la forma como se aborda lo psicosocial no ha generado discusiones entre los promotores del No, con excepción de la manipuladora interpretación que han hecho del enfoque de género y del reconocimiento de personas victimizadas con orientación sexual diversa; aclarando que no estar de acuerdo con las reformas al agro no es que no tenga que ver con lo psicosocial, lo tiene, y mucho, nos referimos a la política de la implementación y la esencia que persiguen algunos puntos; un ejemplo más, el Centro Democrático no quiere la Jurisdicción Especial para la Paz porque eso afectaría el derecho a la verdad donde ellos se podrían ver involucrados, ese miedo a la verdad de los del No afecta directamente el planteamiento de lo psicosocial, dado que el derecho a la verdad, el derecho a saber es fundamental en el proceso de elaboración del dolor, y permite, al dejar atrás la incertidumbre, dar paso a la transformación del dolor. De tal suerte que varias de las pretensiones del No si atentan contra los principios de la postura psicosocial en detrimento de las víctimas. Precisemos entonces los interrogantes que genera la rehabilitación psicosocial:

Una discusión esclarecedora o bien insinuada sobre lo psicosocial y la salud no es del todo observable en los actuales acuerdos. Hay menciones frecuentes al daño, al dolor, al enfoque diferencial, a la participación y construcción de acciones con las víctimas, lo que consideramos que no es suficiente, máxime cuando el fin de la recuperación emocional a la que aspira el desarrollo de los acuerdos es a ampliar la cobertura pública, lo cual también se dijo con la 1448, siendo muy dicentes los resultados actuales de los órganos de control a la hora de analizar los avances de la ley de víctimas; el mejoramiento de la atención psicosocial y en salud mental llega como una promesa que cae en el vacío, teniendo los antecedentes del incumplimiento en la atención a las víctimas de violencia sexual, y a todas las víctimas del actual conflicto. La mención que hace el acuerdo en fortalecer la institucionalidad para atender la salud de las víctimas, resulta más bien preocupante, llevan 20 años fortaleciendo lo que hay en beneficio del sector privado, y lo poco que se destina para las víctimas, ya vimos, es precario, con carencia absoluta de integralidad. La no mención directa al PAPSIVI y al mismo Ministerio de Salud, resulta llamativa. ¿Presagiaban los negociadores del Estado que su sola inclusión generaría gran malestar en la población y comunidades victimizadas? Nos preguntamos si una vez más el ministerio estará llamado al desconocimiento de su responsabilidad en la salud para la paz; en cuanto a la Unidad de Víctimas, sin mencionarla, la estrategia de reparación colectiva tiene su impronta.

Aunque no se conocen detalles formales sobre la implementación de la Unidad de Búsqueda de las personas dadas por desaparecidas, es muy dicente que, al menos hasta diciembre de 2015, la Fiscalía General de la Nación continuaba haciendo entregas masivas de cuerpos o restos óseos en contravía de la exigencia de las organizaciones de víctimas y sus acompañantes.

Al tiempo que las partes aprobaban el punto sobre tierras, el gobierno presentó y el congreso aprobó, el proyecto conocido como Ley Zidres (zonas de interés de desarrollo rural económico y social), en contravía del mismo acuerdo firmado en la Habana, y de las posibilidades que la misma Constitución política permiten hasta la fecha para el acceso y tenencia de la tierra. Lo Psicosocial debe contribuir a develar estas contradicciones ante la sociedad y ante los campesinos que esperan un acceso digno a sus territorios. La paz está lejos si las mejores tierras son para los grandes empresarios.

Por último, y consientes que en este apartado no abordamos de lleno la Jurisdicción Especial para la Paz, aspectos metodológicos y de participación efectiva aguardan por claridad. Por ejemplo: cuántas y en cuantos espacios se escuchará el testimonio de las víctimas; cómo evitar su revictimización; cómo hacer de ese relato un único relato útil para todas las entidades nuevas en el posacuerdo e incluso cómo traer a la memoria muchas de las declaraciones que las víctimas ya han documentado ante diferentes instancias en el pasado; qué tipo de preparación psicosocial y psicojurídica se requiere en el marco de las audiencias ante la jurisdicción especial para la paz, y cómo marcar diferencia de las audiencias de justicia y paz en el proceso vivido con los paramilitares donde muchos de los magistrados fueron cómplices de la revictimización; y ante todo, cómo garantizar un proceso de memoria, verdad y justicia, en el marco de esta jurisdicción especial cuyo fundamento sea la salud integral y lo psicosocial como esencia para dignificar a las víctimas y contribuir a la transformación del dolor, con la actual institucionalidad?

El espacio, ya constitucionalmente establecido, que los acuerdos abren para la participación en la construcción de las políticas necesarias en la implementación de lo acordado o de lo que vaya a quedar de lo acordado, es una oportunidad fundamental para incidir e impulsar transformación en la salud y en lo psicosocial que contribuyan, como anotó la Mesa Psicosocial, siguiendo los acuerdos mismos, a la consecución de una paz estable y duradera, es sobre esto que versara el último capítulo de este documento.

5 La salud integral desde la perspectiva de las víctimas

Cuando escuchamos el relato de muchas de las personas que han padecido hechos victimizantes, a las comunidades mismas, como vimos en el ejemplo de cómo se llegó al programa psicosocial para El Salado, el cual era integral pero el ministerio lo convirtió en un fragmento de la condición humana, se pueden apreciar claridades en la concepción de la integralidad humana, de tal suerte, que no admiten la separación cartesiana que plantea el ministerio de salud y su sistema, aun hoy con la ley estatutaria: por un lado el cuerpo, por el otro lo psicológico y más allá lo social; la apuesta desde el ministerio es la fragmentación del ser no su integralidad.

Algunas de las víctimas en situación de desplazamiento forzado en la ciudad de Barranquilla y el municipio de El Carmen de Bolívar del caso conocido como la Masacre El Salado, y de otros hechos victimizantes, plantearon los siguientes aspectos como preocupantes a 6 años de la sentencia T-045, al igual que una integrante del Comité de Familiares del caso de la Masacre de Pueblo Bello y una familiar de víctima de desaparición forzada, que reside en la ciudad de Montería y en el municipio de Planeta Rica (Córdoba)⁶⁸:

- i- Observan que para el acceso a los servicios de salud, tales como solicitar una cita, el programa psicosocial a cargo de la Corporación Vínculos ha sido efectivo en cuanto se resuelven prontamente los obstáculos administrativos, sin embargo, cuando finalizan los convenios del ministerio de salud con la organización, el caso en la relación con el sistema de salud retorna por lo que anota que ellos deberían *“necesitar intermediarios”*.
- ii- Las demoras en las citas con los especialistas persisten *“eso no ha cambiado”* anotan; se pueden demorar entre 1 y 3 meses para obtenerla.
- iii- Frente a la orden de los medicamentos de las personas hipertensas señalan: *“No hay, venga tal día, va uno el tal día, no ha llegado (...) nunca la mandan a la casa (...) a veces cuesta más el copago que los medicamentos”*
- iv- No perciben que hay una atención como reconocimiento de la T-045, sino es porque ellas mismas lo dicen, sobre lo cual manifiestan cansancio y malestar, es decir, tener siempre que decir que son víctimas o son de El Salado o que tienen una sentencia de manera pública los hace sentirse identificados de una manera diferenciada por la que pueden obtener un beneficio cuando las personas no víctimas también tiene derecho a la atención; para El Carmen de Bolívar esta situación fue diferente, en El Carmen reivindicaban el decir de dónde venían y lo que habían ganado con la sentencia para poder acceder a una atención pronta. Plantean en Barranquilla que para que los atiendan bien no tendrían por qué decir que son “desplazados” ya que sientes recriminados por los funcionarios: *“No tengo por qué expresar que soy víctima y los demás no tiene por qué enterarse”*; reclaman un trato *“un trato diferencial sin discriminación (...) que la preferencia sea para todos”*; si esto se contrasta, no solo con las personas en El Carmen sino también con beneficiarios de las sentencias como los familiares de desaparecidos de los 19 Comerciantes, se observaran diferencias en cuanto estos si reclaman lo que la Corte IDH les otorgo, un trato y una atención preferencial y diferencial en virtud de los hechos victimizantes.

⁶⁸ Las narrativas de las víctimas fueron tomadas en espacios de conversación informados sobre el objetivo de la consultoría y la elaboración del documento respectivo, durante los días 5 de octubre en Barranquilla, 6 de octubre en El Carmen de Bolívar y 7 de octubre en Montería.

- v- Aunque en menor proporción que en otras épocas, todavía se presentan casos de negación de la atención por estar desafiliado del régimen: “*no aparece en la base datos*” les dicen.
- vi- “*(...) sabemos que en nuestra comunidad tienen dificultades ya que hay muchas barreras que les impide gozar y tener una buena salud por las barreras de acceso que hay para las citas de especialistas y los medicamentos no pos*”.
- vii- En el Carmen de Bolívar consideran que el trabajo psicosocial, a cargo hasta hace unos meses de la Fundación Mi Sangre había mejorado un 30% y que eso nuevamente se vendría abajo por la ausencia nuevamente de convenio que los tenía sin la atención de los equipos psicosociales en la actualidad. Frente a la atención en el sistema de salud perciben que el mismo ha mejorado solo un 10%.
- viii- “*Parece que no hay sentencia*” en referencia a que la Fundación Mi Sangre se fue y ya no los atienden.
- ix- “*Es penoso tener que llamar al ministerio para que solucionen un caso de atención prioritaria o de emergencia (...) a veces ni contestan*” Es importante aclarar esta manifestación de una de las víctimas; desde el año 2008 y ante la ausencia de un mecanismo para la atención de los casos urgentes y prioritarios, el ministerio de salud estableció que el funcionario de turno se encargaba de atender aquellos casos de difícil resolución en el sistema de salud, lo cual se fue institucionalizando con el paso del tiempo, y ni siquiera con el Protocolo de Atención a Víctimas, en caso de que esté funcionando, se pudo superar un problema que debió ser solucionado estructuralmente, como quiera que lo urgente y prioritario no puede depender de un contacto telefónico con un funcionario del nivel central.
- x- “*No contamos con ninguna Fundación que nos ayude (...) el secretario de salud que había prometido unas cosas ya renunció*”.
- xi- “*No hay cupo para las citas (...) las citas son a largo tiempo (...) las terapias especializadas las asignan para diciembre*”
- xii- “*lo del transporte no mejora – en referencia a los traslados de ciudad para una emergencia o cita especializada- y lo de pedir la cita por el teléfono es una burla*”
- xiii- “*El médico te pregunta: qué tienes? Pero no se para de la silla, no me pesa, no me toma la presión, solo escribe y chatea*”
- xiv- En algunos casos reciben respuestas desobligantes de parte de los médicos cuando ellos interpelan al profesional: “*aquí el médico soy yo (...) si tu sabes para que viniste*”.

- xv- *“La oportunidad de la cita empeoro, en la Giovanni – el otro hospital del municipio- de 2 a 3 días pasaron a 2 o 3 semanas, para especialistas ya no hay, están dando cada 4 meses y eso que siendo prioritaria”*
- xvi- *“En medicamentos nunca hay lo básico y en la farmacia dicen que no lo cubre”*
- xvii- Manifiestan que se mantiene la diferencia para los medicamentos POS y NoPos y en cuanto el CTC el obstáculo lo colocan advirtiéndolo que el mismo queda mal diligenciado y deben re-iniciar el procedimiento.
- xviii- Dicen conocer casos de personas de El Salado que deben ir hasta 15 veces por una autorización.
- xix- *“Lo de la integralidad? – en referencia a la atención integral de la salud- eso está lejos y nunca se ha dado (...) por ejemplo, lo psicosocial va suelto nunca hay reuniones con otros profesionales”*
- xx- *“Para urgencias podemos pasar como mínimo tres horas en el triage”.*
- xxi- Reafirman igualmente quejas anteriores, como la situación precaria del puesto de salud del corregimiento El Salado y el hecho de que el único médico que va, cuando va es un médico rural.
- xxii- Perciben que hay un alto grado de automedicación, dada la deficiente calidad en la atención y las dificultades de acceso.
- xxiii- Persiste, en su opinión, que ser de El Salado es un estigma.
- xxiv- Para el caso de los beneficiarios de la sentencia de la Corte IDH por la Masacre de Pueblo Bello, cuya sentencia y orden de reparación en salud inmediata data del 31 de enero de 2016, la lectura es la siguiente: *“La situación sigue siendo la misma (...) problemas para la autorización de los exámenes y medicamentos, CTC sigue siendo un obstáculo, uno tiene que acudir en últimas a la opción del médico particular, los médicos no te miran a la cara son pegados a un computador, lo atienden a uno rapidito, hay desafiliación arbitraria de las personas, el transporte cuando se requiere es por cuenta de los pacientes, lo integral no se ve no se siente, acá todo es obligado, hay que pedirles”*

Frente a la idea de salud las y los participantes de la conversación en Barranquilla manifestaron:

- a- *“Tener todo, lo bonito de uno es tener salud (...) sentirse mal, los dolores, yo le transmito lo negativo a mi familia, se decaen emocionalmente (...) de la salud depende lo físico, lo emocional, lo mental, tener trabajo (...) cuando no se logran las cosas de la comunidad yo me estreso y me preocupo sino solucionan sus problemas”*
- b- *“Salud integral es un trato con respeto que no haya tantas barreras de acceso a un servicio en salud (...) es cuando no tenemos barrera a tener atención en salud”*

a estudios, a un empleo a no ser discriminados por raza, sexo o por lo que nos haya sucedido”

- c- *“Comprendemos que la salud es muy fundamental para todo el mundo equitativamente. porque todos tenemos derecho a la salud sea víctima o independiente, porque somos seres humanos merecemos gozar de una buena salud mental, física y psicológica”.*
- d- *El Comité de Familiares de Pueblo Bello, en diferencia con las personas en Barranquilla, reivindican el trato diferenciado: “No podemos tener el mismo trato que la gente del común, tuvimos unas secuelas por la guerra nos merecemos este trato especial (...) necesitamos de una atención diferenciada”*
- e- *“La cita por teléfono en Montería la han mejorado para el régimen subsidiado (...) en Planeta Rica –municipio de Córdoba donde habitan varias familias con familiares víctimas de desaparición forzada- es imposible, no contestan el teléfono”*

En materia de alternativas para modificar lo que hay, plantean:

- *Que los servicios y la atención de la salud esté concentrada en un solo punto de tal forma que en sus palabras “no nos pongan a pasear por la ciudad”.*
- *Se preguntan si es posible que los atiendan sin EPS.*
- *Piden que el sistema, en referencias a las tecnologías de acceso, identifique todo lo concerniente a su condición de víctimas y estado de salud.*
- *Que las valoraciones en salud sean integrales para que los riesgos de enfermedad sean identificados y saber de esa manera como trabajar en el mejoramiento de su estado.*
- *“Necesitamos un sistema de salud muy complejo y completo, queremos contar con una EPS que nos brinden eficacia en la atención y que se comprometan con nosotros a una atención eficiente donde no nos bailen de un lado para otro; queremos que cesen las autorizaciones y que cada EPS sea autónoma en todos los procesos que nos brindan en salud (...) para todo esto necesitamos la construcción de un nuevo país con una justicia social, política y económica para mejorar el proceso a la salud y una igualdad social”*
- *“Como víctimas queremos que nos atiendan con un trato digno, con respeto no por obligación ni por un favor si no por un derecho que debemos tener todos los colombianos”*
- *“Quisiéramos que se acabaran las largas filas para obtener una cita médica (...) que sea eficiente”.*
- *“Nosotros como víctimas y beneficiarios de la sentencia T-045 nos gustaría tener un diseño, donde la atención sea más oportuna, independientemente de que seamos víctimas de El Salado es para todas las víctimas en general (...)”*

- *“Se requiere pedagogía para la gente del hospital”, en referencia al hospital Nuestra Señora del Carmen de el Carmen de Bolívar y para los funcionarios de la salud en general.*
- Ven a manera de humor pero con seriedad, que una alternativa es quitar el Hospital de El Carmen, ya que pasa en paro y atiende mal, cuando atiende.
- Ser afiliados a una sola EPS, aunque se les aclara el derecho que tiene a elegir la que ellos autónomamente consideren.
- Ven la urgente necesidad de sistematizar los procedimientos de salud de la comunidad de El Salado incluyendo la identificación de los Salaeros.
- Consideren que a las víctimas les falta empoderamiento.
- Comparten la necesidad de un sistema nuevo y exclusivo para la atención de las víctimas.
- Cambiar el personal médico de los hospitales (En el Carmen de Bolívar)
- Como expectativa de cambio, en El Carmen expresan: *“El médico me saluda bien, me revisa completa, me pregunta de dónde eres, me remite a los especialistas, me manda todos y exámenes completos, considera mis emociones, que me conecte con lo psicológico, la historia clínica tuya para todos los especialistas, que haya continuidad y opinión de otros profesionales”*
- Que se cuente con un protocolo de atención a víctimas.
- *“Que la atención básica sea completa”*
- *“Que se cuente con disponibilidad de médicos y que de verdad una cita dure 20 minutos como mínimo”*
- *“Que los médicos no tengan tanto papel que llenar (...) que se cuente con una plataforma médica”.*
- *“Que sea verdad eso de la promoción, prevención y rehabilitación”*
- *“Mientras uno espera la cita aprovechar ese espacio de tiempo para charlas”*
- *“Que no se tiren la pelota los funcionarios de Bogotá con los de las regiones”*
- En la comprensión de la salud integral, que sean vinculados otros ministerios como el de vivienda, empleo y tierras.
- En Montería y para el caso de Pueblo Bello, coinciden con las personas de El Carmen de Bolívar: *“Falta mucha capacitación, dar charlas a los profesionales y personal de salud”*
- *“Que yo no tenga que decir que soy víctimas para que me puedan atender, no tener que echar el cuento (...) que el sistema me identifique (...) cuando echo el cuento la funcionaria cree que es una amenaza, pero es que si no le digo a lo que tengo derecho no me atienden”*
- *“Interactuar de otra manera con el médico, lo mira a uno por encima del hombro , que tenga calidad humana”*
- *“Gratuidad, como dice en la sentencia, y laboratorios especializados, medicina de alta calidad ”*

- *“Nosotros en la sentencia nos hablan de eso de la gratuidad, ir a cualquier hora para que nos atiendan, prioridad para todas las víctimas, independiente de la condición o gravedad del caso”*
- *“Así algunos nos les guste la idea si debe haber una especie de régimen o sistema especial para las víctimas (...) ya cuanto tiempo llevamos en esto y la gente muriéndose”.*

Las personas del caso El Salado, ni los beneficiarios de las 9 sentencias de la Corte IDH se encuentran siendo atendidos por el programa estatal del PAPSIVI, en virtud, entre otros aspectos, porque ganaron unas sentencias que reconocieron el derecho a la reparación en salud en condiciones y criterios que no garantiza el PAPSIVI. Independiente de ello, la mesa psicosocial recogió un testimonio que muestra el estado de dicho programa y se suma a lo analizado en el capítulo 2 y 3:

“Otra cosa, solo se dan 2 o 3 citas en el primer año y en el segundo año mandan a otra persona, y entonces otras vez les ponen a responder las mismas preguntas. Y paralelamente al que la persona cuenta, responden al teléfono o al whatsapp (...) ya es su cuarta visita y es todo lo que podemos hacer por usted, ya lo indemnizaron. Y además su caso ya se encuentra inscrito, registrado en la Unidad de Víctimas, entonces esta ya es la última visita y el cierre”⁶⁹

Quizás, dependiendo del grupo de víctimas, no importe tanto que se deba hacer, es decir, si un régimen especial, si un sistema nuevo, si una sola EPS para todos, lo claro es que como están las cosas en la actualidad y como vienen funcionando no les sirve a ellos, como tampoco han servido algunas de las “soluciones” parciales que el ministerio ha introducido al sistema, muchas de ellas no por iniciativa propia sino en cumplimiento de órdenes judiciales; otra clara conclusión de las conversaciones con las víctimas, es que el concepto de salud integral aunado a lo psicosocial es fundamental pero que está muy lejos de ser realidad; se nota cansancio de las víctimas producto de los obstáculos del sistema, y unas claras diferencias, por culpa del sistema, frente a la forma como se reconocen como víctimas para poder acceder a la atención en salud en las condiciones que determinan las sentencias; por ejemplo, desde el año 2011 se le solicitó al ministerio modificaciones en el registro e identificaciones de las víctimas en el sistema de salud de tal forma que el número de cedula permitiera su ubicación como beneficiaria de una sentencia con sus correspondientes criterios para el acceso a la atención preferencial y especializada, no obstante haberlo aceptado nunca hizo nada; Llama la atención la fuerza en la instalación del discurso oficial al momento de establecer una ley, como la ley 100 y sus modificaciones, que nunca fue consultada con la población, y por ende pareciera que el sistema es así y no se puede

⁶⁹ Testimonio de caso documentado en mayo de 2016, referenciado en el documento de la Mesa Psicosocial: “Aportes de la Mesa Psicosocial al Debate Control Político Atención Psicosocial en el Marco del Conflicto Armado”, Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, 18 de mayo de 2016.

hacer mucho, ejemplo de ello es que resulta extraño que se plantee la posibilidad de que no hallan EPS como parte de la solución, es algo que suena inverosímil, pero que después de unos minutos de reflexión y de preguntarse cómo sería la atención, incorporan como parte de lo que podría ser la solución.

6 La atención en salud a las víctimas de dictaduras y conflictos de Violencia Política en Suramérica: El Caso Chile

No es muy diferente el panorama del resto de países de la región que han padecido conflictos de violencia sociopolítica como el colombiano o dictaduras militares, siendo además larga la lista de países que han sufrido estos conflictos, Argentina, Uruguay, Chile, Paraguay, Bolivia, Brasil, Perú, Guatemala, El Salvador y Nicaragua, dentro de ellos se destaca por novedoso y diferente el caso de Chile, quienes lograron construir un programa paralelo a sus Sistema de Salud que permitiera ciertas garantías a las víctimas de la dictadura, es eso lo que rescatamos a continuación.

Chile padeció entre el 11 de septiembre de 1973 hasta el 11 de marzo de 1990, una cruel dictadura militar encabezada por general Augusto Pinochet quien dio un golpe de Estado al gobierno socialista democráticamente elegido y constituido de Salvador Allende.

Como mecanismo para reparar a las víctimas construyeron **el Programa de Reparación Integral en Salud** conocido como **PRAIS**. Este programa beneficia a los familiares de las víctimas calificados como detenidos desaparecidos y ejecutados políticos por violación a los derechos humanos en el periodo 1973-1990, y para ello requirieron del reconocimiento del Informe de la Comisión Nacional de la Verdad y Reconciliación y la Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación. Para conocer su funcionamiento y concepción, acudimos a una comunicación del médico psiquiatra Carlos Madariaga, Director para el 2011 del CINTRAS- Iquique – Centro de Salud Mental y Derechos Humanos-:

*“(...) El asunto de la reparación en salud en nuestro país es, tal vez, el ámbito de la reparación integral para las víctimas en la que se ha podido avanzar con mayor intensidad y eficacia. Ello dado que se ha logrado, desde los momentos fundacionales del Programa de Reparación Integral en Salud (PRAIS) **conceder gratuidad total para la atención en salud, tanto para los llamados “afectados directos” (las víctimas de hecho de las violaciones) como para los “beneficiarios” (aquellos miembros del grupo familiar que convivían con el afectado o que nacieron con posterioridad a los hechos).** Si bien es cierto existe una diferencia de calidad entre los primeros y los segundos, ya que el afectado directo tiene la capacidad de heredar hasta la segunda descendencia su “beneficio” mientras que*

el beneficiario sólo disfruta este derecho sin poder heredarlo, en ambos casos la cuestión se ha resuelto sobre la base de la gratuidad total para la atención en salud, en los marcos de las posibilidades que ofrece el sistema público de salud al conjunto de la población beneficiaria en la sociedad.

Efectivamente se plantea el problema de las cotizaciones de estas personas en otros sistemas de seguros de salud, pero se les otorga el derecho a poseer una doble línea de beneficio de salud: por un lado, el que otorga el Estado a través de la gratuidad en salud proveído por la red pública de salud, en todos los niveles de atención y prevención (primaria, secundaria y terciaria) y con independencia de la gravedad del problema de salud; por otro lado, el beneficio de atención en salud que otorga el seguro adquirido (especialmente privado, el llamado seguro de salud que se contrata con las ISAPRES, o a nivel público, la cotización vía FONASA). De esta forma, el beneficiario PRAIS puede igualmente atenderse en forma gratuita en el sistema público o en el sistema privado con los copagos acordados mutuamente con su aseguradora.

*El gobierno de Patricio Aylwin, primer gobierno de la transición a la democracia, y responsable de la Ley de Reparación, a partir de 1990, resolvió este problema de la doble cotización definiendo este “beneficio” reparatorio de salud gratuita para las víctimas, por la vía **de fundar, con el llamado PRAIS, un PROGRAMA DE SALUD y no un SISTEMA PREVISIONAL.** Esto es lo que permite que cada persona que ya se encuentra, previamente a esta condición de beneficiario del programa, inscrito en un mecanismo previsional estatal (FONASA) o privado (vía ISAPRE u otra previsión de tipo privada) **siga cotizando en él. Esto último es obligatorio en Chile para todo ciudadano que se encuentra laborando contractualmente en cualquier empresa, privada o pública; por tanto, el cotizar en salud no es discrecional sino una obligación para todos, con la sola excepción de personas que laboran en forma independiente o cuyas relaciones contractuales no producen imposiciones ni cotizaciones y que cotizan para tener bonificación para salud (trabajadores por cuenta propia, personas contratadas a honorarios, etc.). Estas personas independientes sí pueden renunciar a todo tipo de cotización en salud ya que el PRAIS le otorga atención gratuita de por vida. El resto de los usuarios de PRAIS deben seguir cotizando el 7% de salud (y más en el caso de seguros de salud privados), con la opción de hacer uso de su condición de usuario PRAIS cuando requiere de atención en salud en la red pública (y solamente allí), con costo cero. Esto es algo que siempre argumentan los usuarios PRAIS en Chile, y sus organizaciones de derechos humanos que los representan -con toda justicia por lo demás, a mi juicio- cuando señalan que ellos también financian esta llamada gratuidad en salud desde el Estado, lo cual me parece hace sentido a vuestra***

preocupación por los alcances reales de la ley en cuanto a reparación auténticamente respetuosa del espíritu de lo señalado en la doctrina de ONU sobre estas materias.

*La gratuidad desde el Estado entra en vigencia plena desde el momento en que termina el proceso de reconocimiento de la condición de beneficiario del programa, con posterioridad a la presentación de los documentos de acreditación de la condición de víctima de violaciones a DDHH ante cualquier equipo PRAIS del país. Una vez acreditada esta condición, los datos personales del afectado directo y los de aquellos familiares que resulten beneficiarios del programa de acuerdo a lo que para ello norma el Ministerio de Salud en la Ley de Reparación en Salud vigente (Ley PRAIS), especialmente sus números de RUT (identificación personal oficial), son enviados vía electrónica al FONASA (Fondo Nacional de Salud) donde ellos quedan ingresados al sistema de prestaciones del Estado en calidad de “beneficiarios tipo A”, es decir, con **gratuidad total de atención, derecho al que se accede de por vida. Este derecho implica: procesos diagnósticos, exámenes de laboratorio complementarios de todo tipo, medicamentos, recursos psicoterapéuticos, interconsultas a todo tipo de especialidades, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, seguimiento de las patologías, programas de prevención y promoción de la salud, etc.***

*Las principales **limitaciones** de este programa de reparación en salud, fuera de lo ya señalado, se relacionan con las **incapacidades propias del sistema sanitario público nacional para dar atención oportuna y de calidad a sus beneficiarios, cuestión que afecta por igual a todos los ciudadanos que en este país acceden al sistema público de salud.** También operan como limitantes relativas a este ejercicio las propias restricciones que los PRAIS del país tienen para desarrollar sus funciones en un escenario de recursos materiales, financieros y humanos apropiado para la alta y permanente demanda de atención en salud que ellos tienen. **Estas limitaciones hacen que aspectos de la reparación en salud sean débiles todavía -después de veinte años de existencia del programa- como las tareas de prevención y promoción de la salud y la salud mental en el contexto doctrinal de los derechos humanos o la capacitación a los profesionales y técnicos de la red de salud en aspectos específicos de la atención a los beneficiarios PRAIS** (es necesario considerar que este tipo de pacientes, portadores de una serie de fenómenos asociados al trauma, tanto personales directos como transgeneracionales, ofrecen importantes desafíos en cuanto al modus operandi del equipo de salud, lo que **exige de un prolijo conocimiento de los fundamentos teórico-metodológicos y técnicos que dan especificidad a este tipo de programas**) (...)”⁷⁰ (Subrayado fuera del texto)*

⁷⁰ Madariaga, Carlos; Médico Psiquiatra. Comunicación dirigida a Diego Fernando Abonia V.; Iquique (Chile), 1 de mayo de 2011.

Si bien no abocamos por copiar un modelo, que igual no satisface las necesidades del contexto colombiano y que padece el mismo problema del aseguramiento dado que el modelo colombiano es copia del chileno, sí observamos que hay elementos PRAIS significativos que aportan de manera fructífera a la discusión sobre la necesidad de pensarse un Sistema de Salud Integral y Psicosocial para la Reparación Integral de las víctimas. De esto nos encargamos en el siguiente capítulo.

7 Un Sistema de Salud desde la perspectiva Psicosocial digno para las víctimas del conflicto sociopolítico y en el marco de la Reparación Integral:

Una vez se revisado el estado actual del sistema de seguridad social y en salud colombiano se pudo constatar como el mismo no está diseñado para garantizar el derecho a la salud ni la reparación en salud en conexión con la reparación integral de las víctimas, precisamente por lo analizado en el capítulo 3; el conflicto armado como manifestación de la violencia sociopolítica no fue leído, ni lo es en la actualidad, por el ministerio de salud, responsable de la política pública en su campo, como un hecho social grave y determinante para re-direccionar el concepto de la salud integral en el marco del derecho a la reparación de las víctimas; no desde una visión de sistema de salud como servicio, y no desde el eje médico-paciente en un modelo que preserva lo biomédico desde el diagnóstico y la patología, aspectos que se mantienen con la ley estatutaria, donde nuevamente, el conflicto armado es marginal, y es solo un ejemplo más que debe entrar a la fuerza en la dinámica del modelo del aseguramiento y negocio de la salud, pensárselo diferente desde el estamento oficial huele a sacrilegio.

Consideramos que la respuesta no puede ser el sistema de salud actual porque ello deja a las víctimas y a la discusión en una sin salida, quizás el mejor, y más perverso ejemplo, es el mismo PAPSIVI que no asume lo psicosocial, que no es integral, que no atiende la salud física ni mental, y devuelve a las víctimas a que se enfrenten con los obstáculos instalados en el sistema. Es urgente pensarse en algo diferente, por la dignidad de las víctimas, porque muchas se están muriendo habiéndose podido evitar decesos prematuros o por lo menos facilitar muertes dignas, porque las que están falleciendo no alcanzaron a vivir el proceso de reparación, porque se debe cumplir con las sentencias nacionales e internacionales, porque si se quiere una paz estable y duradera, se debe transformar la estructura actual de lo que comprendemos por salud, única forma posible de hacer viable el desarrollo pleno de los otros derechos que permiten, con la salud misma, el buen vivir, expresión varias veces repetida en el Acuerdo Final para la paz.

7.1 Pensarse un Sistema de Salud para las Víctimas del Conflicto: ¿Qué alternativas quedan?

¿Qué alternativas tenemos? Entre otras, ¿se puede hablar de un sistema de salud para las víctimas del conflicto diferente de un sistema de salud para todos/as las colombianas? A continuación presentamos siete iniciativas-propuestas, que son complementarias entre ellas, solo la primera, a cargo de Marcela Vélez, está pensada para la ciudadanía en general, las restantes son específicas a las víctimas, colectivos y comunidades que han padecido hechos victimizantes:

1. **Reforma a la Salud:** Iniciamos retomando algunas de las propuestas de la experta en salud pública Marcela Vélez, cuyas ideas no están pensadas desde la condición de las víctimas del conflicto, sino en un sistema para todos, aunque varias de sus propuestas están centradas en el modelo de salud como servicio, con excepción de la consideración por los determinantes sociales, lo cual compartimos y hemos manifestado abiertamente en diferentes espacios, dado que en el enfoque social de los determinantes, se materializa gran parte de la concepción de la salud integral, de la cual el ministerio suele no asumir su responsabilidad:

“(1) (...) Una reforma del sistema de salud en Colombia debe considerar sus particularidades demográficas, los valores y las preferencias de los ciudadanos, la infraestructura, las diferencias geográficas y la interculturalidad. Además, ser capaz de manejar la alta tasa de desempleo, la inequidad entre poblaciones según ingreso económico, el grupo racial, la ubicación rural o urbana, entre otros. Un gobierno comprometido con la salud de los colombianos debe considerar que los determinantes sociales en salud son aspectos clave para intervenir. (...) el saneamiento básico, el acceso a la alimentación adecuada, la escolaridad y la salud ambiental, entre otros, son factores que determinan que las personas enfermen, que afecta la manera como las personas acceden a la atención en salud y se adhieren a los tratamientos y recuperan la salud (...); (2) (...) la evidencia que indica que el aseguramiento público con administración pública o sin ánimo de lucro es el que reporta más resultados positivos en términos de reducción del gasto de bolsillo, uso de servicios y mejoría de indicadores de salud; además se ha demostrado que son más equitativos y administrados de manera más eficiente. Los esquemas de aseguramiento con participación de un agente privado que los sistemas de salud en los cuales se implementan se ven afectados por factores que hacen muy difícil un adecuado funcionamiento – como el cream-skimming, que significa que las empresas solo aseguran a los de más bajo riesgo, como a los jóvenes y sanos- (...) para que la salud de los colombianos mejore, y la aceptación y confianza de la población en el sistema se incremente, es imprescindible que se elimine la ganancia del proceso de aseguramiento. Ello implica trasladar todo el aseguramiento a una institución pública que gestione el riesgo apoyada en instituciones regionales o departamentales. Que haya un plan único de beneficios que cubra al menos lo que está cubierto en la actualidad,

más otras tecnologías de comprobada costo-efectividad, alta demanda en el país, o imprescindibles para garantizar la vida digna de los pacientes. Que el proceso de definición de los servicios y las tecnologías cubiertas por el sistema responda a criterios de evaluación tecnológica, con transparencia, participación ciudadana y que considere los valores y las preferencias de los ciudadanos. En Cuanto a la financiación como tal del sistema, la literatura reporta que son mejor aceptados los sistemas de financiación basados en impuestos progresivos, es decir que la proporción del impuesto, que se paga aumente a medida que incrementa el ingreso, o en esquemas proporcionales; (3) En los sistemas de salud se utilizan diferentes esquemas de pago de manera simultánea. Las recomendaciones para equilibrar económicamente un sistema de salud y garantizar calidad y acceso de la población a los servicios se resumen en evitar que uno de los agentes acapare y controle los incentivos de tal manera que se pierda la efectividad del sistema. (...) distribuir de manera apropiada los riesgos de la atención en salud entre las instituciones que financian y las organizaciones o los agentes financiados; proteger el sistema contra comportamientos estratégicos de intereses particulares y asegurar en la planeación, implementación y regulación que no puedan ser fácilmente manipulables por las organizaciones financiadas; y asegurarse de que los mecanismos de financiación se ajustan a las necesidades y particularidades del contexto (por ejemplo, puede ser que se necesita inducir la demanda en programas de protección de la salud y prevención de la enfermedad); (4)(...) Al país le vendría bien un estudio cuidadoso de los salarios de los profesionales y trabajadores de la salud, de tal manera que se nivelen los sueldos de profesiones rezagadas, y que todos los salarios sean acordes con los principios de trabajo decente de la Organización Internacional del Trabajo, lo cual incluye que las jornadas laborales respeten los límites legales (y fisiológicos) (...); (5) En cuanto a qué tipo de instituciones de salud son las mejores, la evidencia no es concluyente, en especial porque existe una amplia heterogeneidad en el contexto de su operación, si son públicas o privadas, el tipo de propietario (con ánimo de lucro, o sin ánimo de lucro, como fundaciones en Colombia), el tipo de instituciones con las que se compite en el mercado y el esquema regulatorio según el cual funcionan (...) el número y desarrollo de los hospitales públicos y de las instituciones sin ánimo de lucro es insuficiente para soportar la oferta total de servicios. Una reforma actual debe estar enfocada principalmente en eliminar al intermediario privado en el aseguramiento, más que iniciar conflictos entre instituciones prestadoras de salud, sobre todo considerando que en el contexto nacional existen excelentes instituciones tanto públicas como privadas, con ánimo y sin ánimo de lucro; (7) Es importante establecer un sistema de información nacional que permita identificar las características y la ubicación de los ciudadanos y conocer sus necesidades en salud, de tal manera que sea posible

ofrecer las actividades de promoción, prevención y atención que requieran. Un sistema de información bien estructurado es el insumo para definir políticas en salud, planear y hacer seguimiento a las intervenciones (...); (8) (...) fortalecer los organismos de vigilancia y control a las instituciones de salud y específicamente al gasto en salud (...) si se continua dejando al mercado la función regulatoria, continuaremos asistiendo al enriquecimiento de particulares con recursos de la salud (...)"⁷¹

Abordamos 7 de las 8 propuestas que hace Vélez en su documento, dejamos de lado la discusión por lo medicamentos, las patentes y la propiedad intelectual, no por su importancia, sino por su pertinencia para este punto de la discusión. Varias de las propuestas consignadas no solo las compartimos, también han sido expuestas en los espacios de “concertación” de organizaciones que representan a las víctimas, como la CCJ, el GIDH y el CCAJAR, con el ministerio, y como se mencionó, sin mayor éxito; hacemos particular mención a los numerales 1 y 2 en cuanto estamos de acuerdo en que se debe eliminar el aseguramiento; el 4 punto para efectos de la situación laboral de los psicólogos/as, trabajadoras/es sociales, auxiliares y psiquiatras comunitarios que están en el PAPSIVI en un espacio de contratación pública; su 5 propuesta, ya que efectivamente se requiere de las ONGs, de las fundaciones, y de prestadoras de salud para la cobertura de la numerosa atención, por un lado, por la especialidad misma de unas y otras, las cuales se deberían ver complementadas en un proceso efectivo de integralidad y articulación; la 7 propuesta de Vélez conecta además el sistema de información con el de identificación que se le reclama al ministerio para el acceso de las víctimas, aunado a la realización de estudios epidemiológicos, desde una mirada psicosocial, tanto de salud mental, física como psicológicos, donde el ministerio desconoce avances como la evaluación médica y psicosocial a las víctimas del conflicto beneficiadas de las sentencias de la Corte IDH, al menos en 9 de ellas; e igualmente, compartimos su 8 propuesta, en cuanto la falta de ese fortalecimiento se padece diariamente en los casos que se reportan en El Salado y en Pueblo Bello; y finalmente, concordamos plenamente con una de sus conclusiones, haciéndola propia para el caso del modelo que se requiere en la atención en salud para las víctimas desde la comprensión de la reparación integral, esto es “*la completa eliminación de la intermediación financiera con dineros de la salud*”.

2. **Espacios dentro de los Acuerdos de paz:** Como vimos en el capítulo 4, de llegarse a confirmar algunas instancias de los acuerdos, estos son una buena oportunidad para incidir en transformaciones puntuales, lo que permitiría avanzar en la atención psicosocial y en salud integral para el acompañamiento

⁷¹ Vélez Marcela, La Salud en Colombia, enero de 2016.

de las víctimas desde una mirada amplia y de proceso de mediano plazo, pero que de hacerse bien, puede contribuir a las otras discusiones que permitan reconocer y validar la necesidad de un sistema de salud psicosocial desde la reparación integral.

Por lo menos 4 espacios observamos donde las organizaciones de víctimas y las organizaciones acompañantes, haciendo uso del derecho a la participación, y de la participación misma que permiten los acuerdos para la implementación, pueden contribuir en esa transformación: **(1) La Jurisdicción Especial para la Paz:** Acá las víctimas que así lo desean podrán presentar sus casos documentados, rendir testimonio, contradecir a los victimarios de cualquier grupo armado –legal o ilegal- empresario o político, que se haya sometido a la jurisdicción; el sentido y valor de la verdad, y la expectativa de justicia de las víctimas en el marco de lo transicional podrá contribuir a la dignificación y a los procesos de elaboración adecuados del duelo, siempre y cuando se cumplan las condiciones para ello; habrá que aprender de la experiencia, por lo que no se podrá repetir la historia de las audiencias en el proceso denominado de Justicia y Paz o Ley 975 con los paramilitares, donde la verdad no se hizo efectiva, los victimarios tuvieron licencia para revictimizar a las víctimas y los magistrados de los Tribunales, de ese también un proceso transicional, terminaron siendo cómplices de la revictimización al permitir que el postulado justificara sus acciones; sin embargo no es lo único, no se dio un proceso como tal de acompañamiento, las víctimas asistían a las audiencias sin ninguna o escasa preparación frente a la magnitud de lo que psicológica y físicamente representaba su comparecencia ante el tribunal, de tal suerte que la conexión entre lo que representaba la justicia emocionalmente y la salud integral, nunca fue tenido en consideración, y por último, ya son bien sabidos los resultados de Justicia y Paz, un alto nivel de impunidad, pocas condenas para el tiempo que lleva, y mínima verdad para las víctimas, en conclusión, se agudizó un daño.

(2) Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición: al igual que con la jurisdicción especial para la paz, esta comisión representa un significativo espacio frente al valor del testimonio, frente a lo que se está por narrar, se quiere narrar o se omite narrar; se trata de la versión, no en términos judiciales, de la vivencia y la experiencia de las víctimas frente a los hechos, antes, durante y después, es decir, de un momento que ellas pueden calificar como de los trascendentes en su vida; lo narrado no se circunscribe a lo oral, habrá que indagar por las formas de narración que más puedan contribuir al proceso de elaboración y transformación del dolor; acá vemos un punto fundamental, todos estos espacios que se abrirían con los acuerdos, los mismos que reconocen a las víctimas como centro, deben partir

de una apuesta por un proceso que contribuya si o si al proceso psicosocial de las personas, colectivos y comunidades; el significado de la verdad para las víctimas y lo que ello, en la construcción de la historia de este país permite, es trascendente en la vida de quienes fueron victimizados, y que quizás, o al menos la mayoría de ellos, no han sido reparados; de nuevo, así como con la justicia, que no puede desligarse de la verdad, hay un correlato en el cuerpo, y eso exige un abordaje integral para una mirada lo más completa posible de lo humano.

(3) Reparación: medidas de reparación integral para la construcción de la paz: actos tempranos de reconocimiento de responsabilidad colectiva⁷², carácter reparador de los Planes de Desarrollo Rural con Enfoque Territorial, Planes de reparación colectiva con enfoque territorial, Planes nacionales de Reparación colectiva y Rehabilitación Psicosocial: Medidas de recuperación emocional a nivel individual, Plan de rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición y Plan Nacional de Salud Rural, desde un Programa de Atención Psicosocial y en salud para la Reparación Integral en el Marco de la Implementación de los Acuerdos : Decir que todo el contenido del acuerdo debe estar atravesado por una mirada psicosocial y de la salud integral, no constituye una exageración, es comprender, precisamente, cuando se dice reiteradamente que las víctimas son el centro; se trata de la dimensión ética y política de lo psicosocial, en cuanto es lo psicosocial aquello que permite que la reparación integral cobre sentido y tenga valor para las víctimas.

Lo aquí enmarcado, son solo unos cuantos ejemplos de aquello que se acordó y que abre espacio para la dimensión psicosocial. La reparación tendrá el mayor valor y sentido posible si resulta reparador para las víctimas, de lo contrario, será un ejercicio en una sola vía; gran parte de las experiencias de la implementación de las medidas de reparación por parte del Estado, han pretendido desconocer, cuando se han cumplido, las expectativas, el sentir y el sentido, así como los tiempos y las condiciones, que las víctimas le quieren imprimir a actos que en principio le son significativos porque ellos mismos evaluaron que dicha reparación podría mitigar el dolor o el daño causado⁷³; una

⁷² “Con el fin de contribuir a la satisfacción de los derechos de las víctimas, marcar el momento simbólico de un nuevo comienzo, y crear un ambiente favorable para la construcción de la paz, en el marco del fin del conflicto el gobierno y las FARC-EP hemos acordado que, en desarrollo de este Acuerdo, el Gobierno Nacional apoyará la realización, lo antes posible, luego de la firma y del Acuerdo Final, de actos de reconocimiento y de construcción en los cuales el Gobierno, las FARC-EP y diferentes sectores de la sociedad que puedan haber tenido alguna responsabilidad en el conflicto, reconozcan su responsabilidad colectiva por el daño causado y pidan perdón, asumiendo cada uno lo que le corresponde, como expresión de voluntad de contribuir a un definitivo Nunca Más (...)” Acuerdo sobre las víctimas del conflicto. Borrador conjunto. 15.12.2015

⁷³ “La reparación de crímenes de lesa humanidad debe pensarse (...) dentro del campo de lo irreparable, de

reparación incompleta, impuesta, y sin las propuestas y participación de las víctimas no es reparación⁷⁴, se acerca más bien a un hecho revictimizante; cuando el Estado o el juez, determinan como debe ser la reparación sin saber si ello es reparador para la víctima, se desconoce al otro y por tanto se pierde el carácter reparador de la medida, sea cual sea la misma, por lo tanto, la reparación se construye a instancia de las víctimas.

La solicitud de perdón sincero de los victimarios, incluido el Estado, es fundamental en la consecución de una paz estable y duradera, no obstante, el perdón de las víctimas pasa por sus propias reflexiones, hace parte de su fuero íntimo, y bien pueden recibir dicho perdón, si lo desean, pero ello no necesariamente implica que las víctimas estén obligadas a concederlo; es un proceso complejo y toma tiempo, puede ir ligado a la discusión de la reconciliación, y por ello la perspectiva psicosocial favorece y facilita el proceso reflexivo tanto en lo individual como en lo colectivo.

Las medidas de recuperación emocional y de rehabilitación psicosocial, como las denomina los acuerdos iniciales, no pueden estar sujetas al fortalecimiento de lo que hay en la actualidad, los capítulos 2 y 3, y el que recoge las narrativas de las víctimas son muy claros en mostrar que lo que hay es dañino y nada reparador, por lo tanto la apuesta debe estar en la transformación de lo que hoy se hace, esto no desconoce retomar aquellas acciones o procedimientos que si sean adecuados; para esta transformación se requiere de la participación directa de víctimas y de la sociedad en general, ya que el proceso implica un trabajo de memoria colectiva de construcción de una nueva historia a partir del reconocimiento y validación de la historia vivenciada por las víctimas, y con la óptica de quienes por indeterminados motivos se marginaron desde diversos sectores de la sociedad. El desarrollo de esta segunda alternativa es posible con la construcción de un **Programa de Atención Psicosocial y en salud para la Reparación Integral en el Marco de la Implementación de los Acuerdos**, de tal forma que se parta de las víctimas, pero que de manera excepcional, tal y como son los acuerdos dados en un proceso de transición, se tomen las directrices y normativas que correspondan para garantizar una atención y

lo no indemnizable; de algo imposible de resarcir. Una vez reconocida la imposibilidad de un retorno a la situación anterior a las violaciones, se puede empezar a reflexionar en una reparación, no real sino simbólica, acerca de las alternativas, que la justicia brinda en relación con los involucrados: culpables, víctimas y la comunidad de la que hacen parte” Graciela Guilis con equipo interdisciplinario del Departamento de Entidades de la Sociedad Civil de Instituto Interamericano de Derechos Humanos. La Reparación: Acto Jurídico y Simbólico. Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

⁷⁴ “El proceso de reparación no ocurre solo a través del “objeto” (por ejemplo una indemnización o un monumento), sino del proceso de participación y adecuación de ese objeto a las necesidades de las víctimas” Carlos Martín Beristain, Diálogos sobre la Reparación. Experiencias en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, Universidad Santo Tomas, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD- Bogotá, 2010.

acompañamiento digno, por fuera del sistema de salud actual, de tal forma que administrativamente no sea un obstáculo, y por el contrario sea expedito en las actividades y procedimientos que se requieran para garantizar la salud integral y lo psicosocial como ejes centrales de la reparación; esto requiere del concurso decidido de entidades del Estado como la justicia, la salud, educación, el Centro de Memoria Histórica, la Unidad de Reparación para las Víctimas, la Defensoría del Pueblo, las organizaciones y movimientos de víctimas, las organizaciones sociales de la sociedad civil, y la academia, por una parte, y las Agencias de Cooperación Internacional, por otro lado, un único plan conjunto y armonizado, si se quiere, en una alianza por la implementación efectiva de los acuerdos para una paz estable y duradera.

Lo anterior, empata de manera directa con el Plan Nacional de Salud Rural definido en el Acuerdo Final del conflicto armado, de tal manera y con el concurso activo de las comunidades rurales se pueda construir un plan que abarque la salud más allá de la idea del servicio, y comprometa de manera operativa lo que entendemos por salud integral desde una perspectiva psicosocial y de la reparación; así las comunidades rurales ausentes históricamente de su derecho a decidir podrían elaborar un proceso colectivo de reparación que involucre todos los elementos constitutivos de lo que valoren como fundamental para resarcir el dolor que se les ha causado como consecuencia de esta guerra; la cultura y la idiosincrasia rural tendrían que ser los pilares de un plan en salud amplio e incluyente de cara al afrontamiento de la Comisión de la Verdad y de la participación en la Jurisdicción Especial para la Paz de los/las campesinas que así lo decidan.

- 3. Restrucción del Ministerio de Salud y de la Protección Social de cara a garantizar el Derecho y la Reparación en Salud de las víctimas del Conflicto Sociopolítico:** Como hemos venido sosteniendo, el Ministerio de Salud no ha reconocido dentro de su política pública de salud la forma como el conflicto de violencia sociopolítico impacto a la salud de los colombianos/as y ante todo a las víctimas del mismo; es más, ni si quiera el conflicto mismo era un asunto a considerar, nos tememos, por sus documentos, directrices y reformas, que todavía no lo es; solo hasta hace muy pocos años, y gracias a las sentencias de la Corte IDH se abrió un espacio aislado en una oficina aislada para empezar a debatir el cumplimiento de órdenes judiciales, que en un primer momento correspondían a una oficina de asuntos labores y posteriormente de asuntos internacionales; con el devenir de las circunstancias lo psicosocial, que no la salud, gracias a la dicotomía del ministerio, paso a una dependencia que se conoce como Oficina de Promoción Social, y de manera

muy reciente hay un Grupo de Asistencia y Reparación a Víctimas del Conflicto Armado.

En diferentes momentos hemos insistido en que se requiere, además de dejar atrás la dicotomía, un cambio estructural, en lo orgánico, administrativo y jurídico del ministerio para poder atender un hecho mayor: el conflicto de violencia sociopolítica. Actualmente el ministerio cuenta con una estructura que comprende dos Viceministerios: el de Salud Pública y Prestación de servicios y el de Protección Social, en este último se encuentra la Oficina de Promoción Social donde se ubica el **Grupo de Asistencia y Reparación a Víctimas del Conflicto Armado**, es ahí donde comprendemos se encuentra anclado el PAPSIVI; se identifican otros grupos como de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos, Gestión para la Promoción y la Prevención, Grupo Curso de Vida, Asuntos Étnicos, Gestión en Discapacidad, Convivencia Social y Ciudadana y otros de otras direcciones como Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública, además de los correspondientes a Salud Pública que entendemos están bajo el otro ViceMinisterio; todos ellos muy pertinentes suponemos, no obstante, desarticulados, y sin ninguna apuesta o mirada en el conflicto armado y las víctimas. Por lo anterior, se requiere dentro de este análisis de alternativas, mínimamente de tres modificaciones que respondan al actual contexto social y político del país, y que intenten recuperar para lo público, la memoria histórica de la salud y lo psicosocial, desconocida hasta la fecha:

(1) Crear el Viceministerio de Atención Psicosocial y en Salud Integral a Víctimas del Conflicto Sociopolítico que se articule de manera directa con los dos actuales pero que tenga autonomía para decidir sobre los asuntos que le correspondan; o en su defecto, crear la **Dirección General de Atención Psicosocial y en Salud Integral a Víctimas del Conflicto Sociopolítico** que este al mismo nivel de los viceministerios actuales; el hecho histórico más importante que atravesó y atraviesa este país por 50 o más años, no puede seguir siendo asumido por la salud pública como un asunto marginal; estamos ad portas de un postconflicto, y ni siquiera esto que implica una transformación histórica, parece ser parte de las apuestas del ministro y su ministerio, tan alejados del contexto; es precisamente, el momento de las transformaciones que llevan años pendientes en una cartera fundamental para la reparación integral de las víctimas.

(2) Transformar el PAPSIVI: de nuevo, no se puede, como lo pretenden algunos apartes del acuerdo, fortalecer lo que hay, cuando lo que hay es deficiente, un

ejemplo de ello es el programa creado a partir de la Ley 1448 como ya vimos en capítulos precedentes; es necesario que este programa cuente con una Dirección Profesional y otra Administrativa, bajo un presupuesto autónomo garantizando que bajo ninguna circunstancia el programa puede estar sujeto al modelo del aseguramiento actual, o a la nefasta y discriminatoria selección de un régimen contributivo y otro subsidiado donde las mismas víctimas financian su reparación; el proceso debe ser liderado y operado desde el nivel central, más vinculado a las instituciones de salud prestadoras de servicio, tanto públicas como privadas, y menos sujeto a las secretarías regionales y municipales; el ejercicio de descentralización y de la instalación de capacidades locales es un resultado, no una apuesta sin planificar e improvisada que favorezca la corrupción y el mal manejo profesional; en la misma idea de la alianza, expuesta arriba, urge la participación desde lo local, lo regional y lo nacional, conjuntamente con diversos ministerios, entre ellos el de Educación, Justicia y Trabajo, de las organizaciones de víctimas, las organizaciones de la sociedad civil con experticia en diferentes ámbitos, las fundaciones y la academia, ya que somos conscientes, en cuanto a la magnitud de víctimas que arrojó el conflicto; el cambio, sí realmente es cierto eso de que las “víctimas son el centro” debe permitir que el programa en efecto sea integral y no solo psicosocial, aunque en la actualidad tampoco alcanza para ello; es pertinente que se reestructure el programa de tal manera que el componente psicosocial cumpla con su cometido al mismo nivel de la salud como servicio y como apuesta de salud integral en el marco de la reparación, lo cual involucra que este programa debería reunir todas las modalidades de reparación que se construyan con las víctimas, tanto en el marco de la construcción conjunta con las comunidades, como la ya ordenadas por los órganos judiciales nacionales e internacionales; las modificaciones de este programa deberían permitir que las acciones psicosociales de la Unidad de Víctimas sean absorbidas por el ministerio, y los componentes de reparación a cargo de la unidad se articulen directamente con el programa del ministerio. Tanto en el sentido de la reestructuración del ministerio como del PAPSIVI, pasa por la incorporación de nuevas comprensiones en lo psicosocial y en la salud, no como servicio, sino como parte de la construcción del sujeto político, de los determinantes sociales del contexto que le afectan, y de la reparación integral que resignifica el daño y posibilita transformaciones y cambios para la paz estable y duradera.

(3) Modificación de los artículos 92, 93, 94, 95 y 96 de la Ley 1438 por los cuales se crea el **Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud**: el artículo 92 permitió que el Ministerio, en ese entonces de la Protección Social creara un instituto de naturaleza mixta: *“Autorícese al Ministerio de la Protección Social*

la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud como una corporación sin ánimo de lucro de naturaleza mixta, de la cual podrán hacer parte, entre otros, las sociedades científicas, y la Academia Nacional de Medicina, esta entidad será responsable de la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia científica, guías y protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamiento de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios, sus orientaciones serán un referente para la definición de planes de beneficios, para los conceptos técnicos de los Comités Científicos y la Junta Técnico Científico y para los prestadores de los servicios de salud”⁷⁵, este mismo instituto viene trabajando actualmente en la ruta de atención para las víctimas del conflicto, cuyas observaciones ya manifestamos en el documento; vimos cómo se privilegia una mirada “científica” que no tiene en cuenta el saber popular ni las condiciones socioculturales de la población, ubicándose la mirada en un modelo estrictamente biomédico; se requiere que el objeto de dicho Instituto, en el cual se toman decisiones fundamentales para la atención en salud, según se elaboren guías y protocolos con “evidencia científica”, pueda permearse de la perspectiva psicosocial y sociológica para una comprensión más acertada del conflicto de violencia sociopolítica que aun experimenta el país; bajo el lema de la científicidad, no se puede seguir desconociendo la vivencia y lo experiencial de las víctimas y sus acompañantes, como tampoco se puede justificar tener un instituto bajo el modelo de un laboratorio de cuatro paredes que no se comunique de manera directa con lo que ocurre en el afuera, lo biológico de la enfermedad termina desconociendo el daño psicosocial, de la salud integral y de los determinantes sociales que tanto han sido citados en los más recientes documentos del ministerio de salud.

4. **Política Pública Nacional de Atención Psicosocial y Salud para la Reparación Integral:** Sabiamente la Corte Constitucional, una vez analizada la posición del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la tutela conocida como de las Mujeres de El Salado, y que dio pie a la sentencia T-045 de 2010, determinó que la problemática en la atención de las víctimas en materia de salud y de atención psicológica y psicosocial era grave, por ello, como se dijo, identificó una serie de problemáticas en la atención de la salud física, mental y psicológica de las mujeres que debían ser superadas y ordenó, en consecuencia, que el Ministerio debía diseñar e implementar, como también ya se anotó, protocolos, programas y **políticas** de atención en salud que conlleven a la recuperación de los impactos psicosociales que la guerra ha generado en la población, entre otras, porque el sistema actual de salud no los

⁷⁵ Ley No. 1438 del 19 de enero de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

contempla; para ello dio un plazo máximo de 6 meses, han pasado 6 años y 10 meses y la orden dada al ministerio de salud continua sin ser cumplida.

La Corte también fijó los aspectos mínimos que dicha política debe contener: “1. Un ámbito de cobertura necesario y obligatorio que le permita enfrentar la realidad fáctica de las víctimas de desplazamiento forzado, en particular las afectaciones a su salud mental y emocional así como al proyecto de vida y las relaciones con el entorno familiar, cultural y social; 2. Sistema de promoción y prevención de la salud con enfoque diferencial; 3. 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. 4. En el diseño de programas de atención en salud mental a víctimas de la violencia sociopolítica se deben incorporar estrategias que permitan abordar las secuelas colectivas y daños psicosociales comunitarios generados por los hechos violatorios; ya que lo colectivo se convierte en condición para garantizar un entorno adecuado y protector de la salud mental. De igual manera se deben contemplar los entornos culturales e históricos. 5. 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. 6 (...)7. Estos programas deben contar con indicadores de resultados de goce efectivo de derechos, así como los criterios de racionalidad señalados por la Corte Constitucional en los Autos 092 y 237 de 2008”⁷⁶.

Como vemos, el ministerio cuenta con la mayoría de las precisiones fundamentales para convocar espacios de participación con las víctimas que apunten a una construcción de política integral en materia de salud y atención psicosocial, sin embargo, no se evidencia voluntad política para ello, lo cual es un mensaje muy contradictorio de cara a la búsqueda de una paz estable y duradera que exige el cumplimiento del ordenamiento jurídico y la implementación de acuerdos que contribuyan a la reconciliación entre las/los colombianas.

El trabajo de incidencia en esta alternativa siempre ha estado presente desde las víctimas y las organizaciones de la sociedad civil, lamentablemente sin mayores efectos en lo práctico, como quiera que hay un sin número de protocolos y guías no implementados, y una política por construir; sin

⁷⁶ Sentencia T-045 de 2010 Corte Constitucional. MP: María Victoria Calle. 2 de febrero de 2010.

embargo, se han venido sumando actores que cada vez reclaman la necesidad de dicha política, tal es el caso, ya citado, de la Representante a la Cámara Ángela María Robledo quien ha impulsado dos debates de control político al Ministro, e igualmente el panorama ha despertado el interés de órganos de control como la Defensoría del Pueblo, particularmente de la anterior delegada para Asuntos para las Mujeres, Susana Rodríguez, y del anterior delegado para Asuntos Constitucionales, Luis Castro, y al parecer, dicho interés se mantendrá con el nuevo Defensor Nacional Carlos Negret; de manera más reciente, también se sumó la institucionalidad generada a partir de la ley de víctimas, encarnada en la Unidad de Reparación para las Víctimas, cuyo actual Director, Alan Jara ha expresado su voluntad para incidir ante el ministerio de salud de tal forma que se pueda retomar un espacio de dialogo con el único propósito de que la política se haga realidad en beneficio de las víctimas, como quiera que dicho funcionario, quien también es víctima del conflicto, ha manifestado que no existe reparación integral sin atención psicosocial que contribuya a la superación del dolor.

No sobra manifestar, que una política pública de este tipo que no involucre en todo el proceso a las personas y comunidades victimizadas haciendo efectivo el derecho a la participación, desde la autonomía y autodeterminación, estaría llamada al fracaso.

5. **Sistema Nacional de Salud Integral y Atención Psicosocial para la Reparación de las Víctimas de Violencia Sociopolítica:** La conclusión, luego de años de sentencias internacionales, del avance más significativo de sentencias nacionales como la T-045, una sentencia en clave de reparación en salud, de años de incumplimiento de esas mismas sentencias por parte del ministerio de salud, del desconocimiento al derecho a la rehabilitación, y de miles de acciones de tutela interpuesta por los ciudadanos, entre ellas, de muchas víctimas del conflicto, y de muchas personas victimizadas que han fallecido esperando la reparación en salud y un trato digno, resulta claro que el espacio de interlocución con el ministerio de salud, aunque hay que mantenerlo y no a cualquier precio, está agotado, y ante la imposibilidad de que el actual sistema de salud que no fue concebido ponderando las circunstancias de las víctimas del conflicto armado en un contexto sociopolítico adverso, no será ni eliminado ni modificado, se hace necesario que el conjunto de víctimas de este país, estén o no organizadas, sus representantes y las organizaciones acompañantes, lideren la exigencia de un sistema de salud propio, agregando para ello diversas fuerzas y movimientos sociales.

Este Sistema de Salud para las Víctimas, que no régimen especial pero si sistema especial, debe tener unas comprensiones frente a la dimensión psicosocial, la salud integral y la reparación integral. Ocupémonos, aunque a lo largo del texto hemos señalados ya en que consiste la misma, de las dos primeras, que se constituyen en soporte para hacer efectiva la reparación integral como derecho de las víctimas.

Conceptos de lo psicosocial hay muchos, no es una postura única, y dependiendo de quien la presente, seguramente se enriquecerá; esto es importante dentro de la construcción conjunta del conocimiento, no se trata de posturas cerradas basadas en “evidencias científicas” que limitan la discusión; la construcción y elaboración de la perspectiva psicosocial para la Corporación Vínculos es entendida tal y como fue presentada a la Corte Constitucional en el marco de la discusión de la T-045: *“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 este 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 ocasionadas 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”*⁷⁷

Vínculos reconoce unos ámbitos de afectación dentro de esta mirada, la afectación emocional, la afectación relacional, la afectación de los derechos de las víctimas donde entra la construcción cultural y política de las personas y comunidades, y agrega que *“(…) una consecuencia fundamental de la perspectiva psicosocial es la despatologización de los individuos – lo cual se contrapone al modelo de salud que impera e impone el ministerio, y el cual es reafirmado en el RAIS- gracias a la visión hacia los contextos, lo cual también amplía las alternativas de acción en ámbitos comunitarios de apoyo, al romper*

⁷⁷ Intervención de la Corporación Vínculos ante la Sala Primera de la Corte Constitucional- Sentencia T-045 de 2010.

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 sociopolítica se realice desde una perspectiva integral e interdisciplinaria (...) por lo que la atención requerida, implica una comprensión compleja y multiaxial de su situación, más que lineal”⁷⁸

Para la Corporación AVRE, recogiendo conceptos de la OMS y del psicoanalista Bruno Bettelheim, e integrando la salud mental a lo psicosocial: “(...) *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” (...) como parte indivisible de la salud general, contribuye a las funciones de la sociedad y tiene un efecto sobre la productividad general, Gostin 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 (...) 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 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 sociohistorica, 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”⁷⁹*

Es claro que la perspectiva psicosocial comprende una mirada de sujeto social, político e histórico de manera relacional e integral que se construye en un contexto sociopolítico determinado, y es en esa constitución y desarrollo de sujeto que está presente como parte de la salud física, mental, y psicológica, como un todo integrado que se ve afectado, en uno u otro sentido, por determinantes sociales, por la violencia sociopolítica y por los derechos a la

⁷⁸ *Ibíd.*

⁷⁹ Intervención de la Corporación AVRE ante la Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional; sentencia T-045 de 2010.

reparación de las víctimas, la verdad, la justicia y la no repetición; derechos que en este contexto psicosocial no son solo categorías jurídicas, entran en relación y dialogo directo con la salud integral de las personas que han sufrido hechos victimizantes.

La reparación integral constituye entonces una posibilidad de mitigar el daño causado por los violentos, desde un accionar simbólico que activa lo psíquico, en cuanto se trata, en efecto de reparar lo irreparable; comprender la reparación integral aislada de los procesos psicosociales deja a la misma como un instrumento de derecho jurídico inmóvil, es la construcción y valoración de sentido desde lo psicológico, lo psicosocial y la salud integral lo que permite que dicha reparación tenga un correlato de transformación del dolor y de transformación de los contextos sociopolíticos y económicos de opresión.

Con las anteriores claridades, base para un sistema de salud que dignifique a las personas que han sido victimizadas, como mínimo, este debería cumplir con las siguientes condiciones, las cuales se suman a los componentes presentados en el capítulo 2:

- a. Las víctimas deben estar completamente apropiadas de su necesidad y presentar para ello sus propuestas y expectativas que lo hagan viable como parte de aquello que les permitiría sentirse reparadas.
- b. El nuevo sistema debería cobijar a todas las personas que fueron victimizadas en el marco del conflicto de violencia sociopolítica, es decir, a todas las víctimas inscritas o no en el registro de la Unidad para la Reparación de las Víctimas, como quiera que muchas víctimas con sentencias internacionales no necesariamente aparecen en el registro. Todos los hechos victimizantes deben ser reconocidos como parte de la atención integral.
- c. Se trata entonces de la atención y el acompañamiento desde la salud integral, no desde la suma disciplinar, si no desde una concepción abarcadora de lo humano en su integridad, y eso implica que la perspectiva psicosocial permea todo el proceso e involucra para sus propósitos fundamentales cada momento de la reparación integral, cada momento de los derechos humanos y de las víctimas en particular.
- d. Por lo anterior, dicho sistema, en términos institucionales, no solo vincula a los responsables de los determinantes sociales, sino, y de manera central, a la justicia como parte integradora de la verdad, y la reparación. Es decir, este sistema de salud debe hacer efectivo, no en el papel, una sola e integradora concepción y gestión de la salud integral, de los determinantes sociales, y de los derechos de las víctimas a la reparación, desde una perspectiva psicosocial.

- e. Se requiere de un único y compacto sistema de identificación de personas y procesos que dé cuenta de la integralidad de las acciones y determinaciones, bajo el entendido de los derechos a la reparación en salud en justicia, verdad, y las condiciones asociadas con los determinantes sociales de las víctimas.
- f. Este sistema de salud para las víctimas no entiende de regímenes que profundizan la desigualdad y los revictimizan, por tanto, no se basa en el esquema del aseguramiento, y por ello no requiere de las EPS, ni depende para su atención y acceso de estar vinculado con un régimen llámese subsidiado o contributivo; tampoco depende del plan de beneficios en términos de lo POS o NoPOS, se basa en un único y más amplio posible plan de accesos a medicamentos, tratamientos y procedimientos en virtud de la reparación a la que tiene derecho.
- g. Es un Sistema de Salud público regido por el Ministerio de Salud, que involucra a los prestadores de salud, públicos y privados, a las organizaciones de víctimas, o víctimas no organizadas, a las fundaciones, a las organizaciones psicosociales acompañantes de las víctimas, a la academia, en un nivel, y a los Ministerios de Hacienda, Justicia, Vivienda, Educación, Trabajo, Agricultura y Desarrollo Rural y otras entidades del estado claves como la Unidad de Reparación y Restitución de Tierras para las Víctimas, el Departamento de la Prosperidad Social, el Departamento Nacional de Planeación, y el Centro Nacional de Memoria Histórica; no se trata de un SNARIV como la suma de las instituciones, se trata de un cuerpo conjunto pero diferenciado que construye con las víctimas un único plan para la garantía de la salud integral y de la reparación de las víctimas.
- h. Toda la estructura del literal g tiene una correspondencia en lo local y regional, pero con una responsabilidad inicial y un acompañamiento permanente desde lo central, esto no significa bajo ningún sentido desconocer los saberes regionales, de hecho, ello será el centro de la construcción del proceso, acá nos referimos a una estructura administrativa que requiere en sus inicios de una mirada central que dirija el proceso, en cuanto se erradican las prácticas corruptas y se transforman las normativas locales, y también centrales que impiden una mirada de proceso.
- i. El Plan de Salud Rural se enmarcaría dentro del nuevo sistema de salud, donde la estrategia APS, modificada, mejorada y adaptada podría ser la ideal para ciertos niveles de atención de aquellas poblaciones rurales y apartadas cuyas comunidades fueron victimizadas; el plan no se puede concebir bajo la lógica de un sistema de servicios, por el contrario guarda la misma concepción de la perspectiva psicosocial y la salud integral en el

- marco de la reparación de las víctimas, y claramente, no depende ni conoce del aseguramiento, en la medida en que el nuevo sistema no puede funcionar bajo esa lógica, así que no reconoce intermediarios como las EPS.
- j. Por lo anterior, el sistema reconoce, apoya, respalda y acompaña cada etapa de las personas, colectivos y comunidades victimizadas, cada etapa de su proceso emocional, de su proceso jurídico, de su proceso social y cultural, de su proceso de salud-enfermedad, de su proceso de exigibilidad de derechos, siempre que las víctimas estén de acuerdo y co-construyan el entramado de lo que implica la atención y el acompañamiento.
 - k. El Sistema Nacional de Salud Integral y Atención Psicosocial para la Reparación de las Víctimas de Violencia Sociopolítica, se compone de subsistemas articulados y armonizados que a su vez se sostienen en programas de acompañamiento y atención según sea el caso; de aquí se desprende la revisión de los siguientes programas y equipos cuya experiencia debe valorarse: la estrategia APS y sus equipos, los programa de atención psicosocial para El Salado en cumplimiento de la T-045, y el modelo de evaluación médica y psicosocial implementado en el año 2008-2009 para evaluar a las/los beneficiarias de las sentencias de la Corte IDH; ejemplos estos que fueron reconocidos y avalados por el propio ministerio de salud.
 - l. Tal y como lo ha manifestado la Corte Interamericana de Derechos humanos, la medida de rehabilitación para las víctimas pasa por un criterio de gratuidad, es decir, los beneficiarios de las sentencias no tienen porque aportar en materia de salud parte de su salario, es algo que debe asumir el Estado para hacer efectiva la gratuidad en la reparación. Esto debe llevar a concebir el Sistema de Salud público para las víctimas, como un sistema basado en la gratuidad donde la víctima no aporta dinero para el sostenimiento del sistema, el cual le reconoce y cubre todo el proceso, incluido, los tratamientos, procedimientos y medicamentos.
 - m. Todo lo anterior bajo una lógica de sistematización de procesos que permita ir evaluando el paso a paso, para su fortalecimiento y modificación; debe tenerse en cuenta de lo necesario de estudios epidemiológicos y de caracterización desde la perspectiva psicosocial, no centrado en lo biomédico; tal y como lo ha señalado la Corte Constitucional, las acciones deben estar bajo seguimiento al cumplimiento de los derechos y del goce efectivo del derecho a la salud desde los criterios e indicadores pertinentes para ello.
 - n. El soporte financiero del sistema debe concebirlo el Estado por fuera del esquema como fue concebido el actual sistema de seguridad social y en salud -capítulo 3-, precisamente se trata de algo nuevo y diferente, en

cuanto las víctimas no tienen un sistema de salud que las reconozca; por ello lo nuevo y diferente no se sostiene desde el modelo del aseguramiento y la competencia, y no se sostiene, para el caso de las personas que están en el contributivo, con sus aportes, los cuales, en virtud del literal j no tendrían porque asumirlo las víctimas. Se trata entonces de que el Estado y la sociedad civil puedan encontrar las fórmulas que mejor beneficie a las víctimas y que menos repercusiones gravosas tenga para el resto de la sociedad, lo que nos lleva a que se consideren las siguientes fuentes de financiación:

1. El Fondo de Reparación para el cumplimiento de las sentencias internacionales: el Estado cuenta con un fondo para cubrir los costos de las medidas de reparación que dictan los tribunales internacionales; entre otras, y por incompetencia del ministerio de salud, dicho fondo para efectos de la medida de rehabilitación nunca ha sido, al menos que se sepa públicamente, utilizado.
2. Presupuesto nacional de la nación: el Estado a partir del número de víctimas, y de un estudio de sostenibilidad del sistema de salud para las víctimas, debe garantizar su funcionamiento con el presupuesto de la nación.
3. Impuesto para el Sistema de Salud de las Víctimas: se trataría de un gravamen que obviamente no tendría que cobijar a las víctimas, y que la sociedad en general, particularmente la clase económicamente favorecida y los empresarios tendrían que pagar. Estamos hablando de los estratos 6 y 5.
4. Fondo de Reparación de los victimarios y del Estado, aunque es sabido que el mismo nunca funcionó cuando se implementó en el marco de la Ley 975.
5. Reparación vía administrativa: cuando se trate de decisiones judiciales que compete a colectivos y/o comunidades, la condena a la nación en el marco de la rehabilitación psicosocial y reparación comunitaria, implique recursos de la indemnización para el sostenimiento del sistema de salud integral para las víctimas.
6. Financiación de cooperación internacional de los diferentes programas que lleguen a conformar el sistema de atención psicosocial y salud en el marco de la reparación integral, sin que su funcionamiento dependa de dichos recursos.
7. Un segmento de los recursos de la nación destinados a la investigación vía COLCIENCIAS, debería ir para el desarrollo de las inversiones psicosociales y en salud integral que se requieran.

Podrán existir otras y novedosas formas de financiación, lo clave es que se elimine el sistema de mercado de la salud y las EPS, y se garantice que con la nueva estructura, las personas victimizadas no tengan que asumir el costo de la reparación en salud a la que tienen derecho por los daños que la guerra les ocasionó.

La Corte Constitucional en la sentencia T-045 ofrece otros importantes argumentos que refuerzan la necesidad de un Sistema de Salud Integral y Psicosocial para las víctimas, más allá de ordenar la política pública y precisamente por ello lo ordena: *“De conformidad con reiterada jurisprudencia de esta Corporación, las entidades públicas encargadas de garantizar la prestación de los servicios de salud, deben preocuparse no solo 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, 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 (...) 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 (...) 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 tenga en cuenta su condición de víctima (...)”*⁸⁰ (Subrayado fuera del texto)

Reconoce la Corte Constitucional, a partir de las intervenciones de las organizaciones expertas en lo psicosocial de la sociedad civil la necesidad imperante para que en la atención de los servicios de salud a las víctimas, la atención psicológica y psiquiátrica especializada incorpore el enfoque psicosocial y da con el elemento central de la discusión, el derecho a la

⁸⁰ Sentencia T-045 de la Corte Constitucional; MP: María Victoria Calle. Sala Primera de Revisión, 2 de febrero de 2010.

reparación en conexión con la salud y lo psicosocial, que es justo lo que hemos sustentado como diferente en este Sistema de Salud Integral que requieren las víctimas: “(...) **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 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”⁸¹ (Subrayado fuera del texto).

Se suma a lo anterior, a pesar de lo trunco del proceso de concertación entre las organizaciones representantes de las víctimas en los casos con sentencia de Corte IDH y el Estado – Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Relaciones Exteriores, Cancillería de Colombia-, este tribunal también valoró positivamente en la resolución de supervisión de cumplimiento de la sentencia del caso 19 Comerciantes “**El carácter psicosocial de las medidas que se están adoptando**”⁸² , es decir, la perspectiva psicosocial cuenta hoy en día con una amplia comprensión por parte de tribunales nacionales e internacionales, lo que no sucede propiamente con el Ministerio de Salud y Protección Social.

Otro autores, y en el marco de la discusión frente a la justicia transicional, pero también para comprender la dimensión psicosocial como abarcadora de la reparación integral, en la línea que venimos sosteniendo, han encontrado en la perspectiva psicosocial, la oportunidad para conectar las dimensiones políticas y jurídicas, tal es el caso de lo afirmado por Rodrigo Uprimny y María Paula Saffon: “(...) con la desarticulación actual de las dimensiones política y jurídica de la dimensión psicosocial corremos el grave riesgo de que, a pesar de la reiteración de su relevancia, ésta termine por ser residual en las reflexiones teóricas y en el desenvolvimiento práctico de la justicia transicional en Colombia, en razón de la colonización de dichos espacios por las visiones política y jurídica de la justicia transicional, que no son las únicas ni tal vez las más importantes para comprender y enfrentar una transición (...) **los discursos político y**

⁸¹ Ibíd.

⁸² Audiencia de supervisión de cumplimiento de sentencias, respecto de la medida de reparación sobre atención médica y psicológica, San José, mayo 19 de 2010

*jurídico de la justicia transicional ponen a disposición del acompañamiento psicosocial una serie de herramientas que, articuladas con las suyas propias, pueden servir para atender las necesidades de las personas de manera más integral. Además, dichos discursos pueden ser útiles para que la participación política y el ejercicio de los derechos de las personas sean parte importante de la superación de su situación”*⁸³(Subrayado fuera del texto).

Estos párrafos precedentes, por no decir todos los capítulos del cual se compone el documento, dan paso a la siguiente alternativa, la numero 6 en la discusión.

- 6. Presentación de un Proyecto de Ley ante el Congreso de la República de Colombia por el cual se crea el Sistema Nacional de Salud Integral y Atención Psicosocial para la Reparación de las Víctimas de la Violencia Sociopolítica:** *“De acuerdo con la Observación General No. 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 por qué son en realidad los apropiados en vista de las circunstancias”*⁸⁴ (Subrayado fuera del texto); los Estados, en este caso el colombiano, en virtud del contexto de violencia sociopolítica que atraviesa, no presenta una legislación y un cuerpo normativo que está en sintonía con dicho contexto ni con las disposiciones de los tribunales internacionales y nacionales en materia de la reparación y el derecho de las víctimas, por lo que le corresponde política y moralmente, hacer las transformaciones necesarias para cumplir con el derecho de las víctimas. El sistema de salud no cumple con el derecho a la reparación en salud a las víctimas, de tal suerte que las víctimas no cuentan con un sistema que las proteja para hacer efectivo sus derechos a las reparaciones, por lo que se requiere legislar en concordancia con el contexto actual.

Ya lo anotábamos, se debe sumar fuerzas y propuestas para presentar esta iniciativa legislativa que lleve a la creación de un nuevo sistema de salud integral y psicosocial, en principio la Representante a la Cámara Ángela María Robledo ha manifestado su apoyo para una tarea que será de muy largo aliento, pero que se requiere lo antes posible ya que se trata, ni más ni menos, de la vida

⁸³ Saffon María Paula, Uprimny Rodrigo, Artículo: Tendiendo puentes entre las dimensiones política, jurídica y psicosocial de la justicia transicional en Colombia. 2006.

⁸⁴ Sentencia T-045. Corte Constitucional, Sala primera de revisión. 2 de febrero de 2010.

de los seres humanos que fueron victimizados, entre otras, por el mismo Estado. La Paz estable y duradera depende del buen vivir de las víctimas.

- 7. Audiencia Temática Derecho a la Salud y la Reparación Integral de las Víctimas ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos:** Las organizaciones psicosociales expertas en el acompañamiento a las víctimas del conflicto, o en su defecto, la Mesa Psicosocial y las organizaciones con carácter de representantes judiciales de las víctimas, deben aunar esfuerzos para presentar ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) una solicitud de audiencia temática sobre el derecho a la salud integral y la atención psicosocial en el marco de la reparación de las víctimas del conflicto de violencia sociopolítica; la solicitud de dicha audiencia está más que justificada dado el incumplimiento del Estado de Colombia con las medidas de reparación en salud física y psicológica ordenadas en las sentencias de la Corte IDH en más de 9 casos, y dado el actual estado de violación del derecho a la salud y a la reparación del universo de víctimas que dejó el prolongado conflicto armado colombiano, donde precisamente se destaca, que pese a las órdenes de la Corte Constitucional de Colombia, las víctimas no cuentan ni con una política pública de atención en salud integral y psicosocial, ni se les está garantizando su derecho fundamental a la salud y a la reparación ya que carecen de un sistema de salud que las reconozca.

Estas 7 alternativas, que pueden y esperamos sean más en el curso de las discusiones que se tienen que abrir a partir del documento, no son excluyentes entre sí, por el contrario deben hacer parte de una misma estrategia complementaria, que apunte a alcanzar el objetivo de satisfacer de forma cierta y efectiva el derecho y la reparación en salud integral de las víctimas de este oprobioso y perverso conflicto de violencia sociopolítica.

7.2 La Participación e Incidencia de las Víctimas

Para el logro y el impulso de las propuestas se requiere el concurso decidido de las organizaciones sociales de la sociedad civil, y por sobre todo, de hacer respetar el derecho a la participación de las víctimas, no desde el concepto socializador de las propuestas que suele manejar el ministerio de salud, confundiendo a la sociedad y a las víctimas; el derecho a la participación involucra necesariamente la capacidad decisoria de las comunidades, lo contrario se torna en una farsa o en un maquillaje de falsa garantía de participación. Precisamente, la Constitución del 91 permite observar como la población debe incidir en aquellas problemáticas que le afectan: *“En la Constitución de 1991 operó el tránsito de una democracia representativa, de estirpe*

*liberal clásico y donde el ciudadano se limita a elegir periódicamente a sus representantes, a una democracia participativa donde aquél está llamado a tomar parte en los procesos de toma de decisiones en asuntos públicos*⁸⁵.

Y, en el ámbito internacional, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales manifiesta la necesidad tajante de que los ciudadanos participen en la elaboración y adopción de políticas públicas en materia de vivienda, alimentación y **Salud**, reconociendo en el campo de la salud que: *“para promover la salud, la comunidad debe participar efectivamente en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la aplicación y evaluación de estrategias destinadas a mejorar la salud. Solo podrá asegurarse la prestación efectiva de servicios de salud si los Estados garantizan la participación del pueblo*⁸⁶. Se comprende además, como en el marco del derecho a la salud, las decisiones de otros, sobre un colectivo o comunidad, pueden repercutir no solo en la salud, sino innegablemente en la vida misma de las personas.

En el marco del convenio de la Corporación Vínculos con el ministerio de salud, en cumplimiento de la T-045 desde el proceso de acompañamiento psicosocial con la comunidad de El Salado, podemos reconocer el esfuerzo de la Oficina de Convivencia Social y Ciudadana, quienes han venido perfeccionando espacios de seguimiento como las audiencias con la comunidad, y comités técnicos con la participación directa de algunas víctimas, sin embargo, falta mucho para garantizar de manera efectiva que las posturas de las víctimas y sus representantes sean incorporadas en un marco normativo, por ejemplo. Ahora bien, no se trata de la participación en términos de la consideración de las opiniones de la comunidad, comprendemos, en la misma línea del Comité DESC, que la población está en capacidad de tomar decisiones frente a la forma como consideran se deben solucionar sus problemas y ello implica transformaciones sociales y jurídicas, máxime cuando observan que las actuales disposiciones legales, como el sistema de salud que tenemos, les son adversas.

Para todas las alternativas propuestas, los espacios con las víctimas y con las comunidades victimizadas, deberían ir acompañados de encuentros conversacionales pedagógicos que faciliten de una parte la comprensión del asunto a trabajar y por el otro lado fortalezcan las dinámicas que ya las organizaciones y comunidades traen en curso.

De la misma forma que no se construye reparación si no es a partir de las expectativas de las víctimas, así mismo, no hay soporte de un sistema de salud para ellas sino cuenta con su aval e iniciativa. En muchos espacios de ciudadanía pareciera que la salud no

⁸⁵ Corte Constitucional, sentencia C-983, MP: Humberto Sierra Porto.

⁸⁶ Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. Recomendación general No. 23, 1997, párr. 13.

se asocia aún con el goce pleno del derecho a la vida, a la integridad personal y de todos los demás derechos humanos.

Por medio de la incidencia política se podrán lograr las transformaciones que se requieren en la lucha por la exigibilidad del derecho a la salud; las organizaciones y comunidades están llamadas a ser los protagonistas principales que jalonen esas transformaciones necesarias para una real reparación integral de las víctimas. Las sentencias de los tribunales, fundamentales en todo este proceso, no son suficientes si las víctimas no se las apropian y llenan de contenido en términos de sus aspiraciones sociales para alcanzar el buen y digno vivir que todo ser humano se merece.

8. Conclusiones

- (i) Dado el actual ordenamiento del Sistema General de Seguridad Social y en Salud, vigente desde la Ley 100 de 1993 basado en un modelo de negocio de la salud, y aun con sus correspondientes “reformas”, siendo la más reciente la Ley Estatutaria de 2015 que habilita la actual Política en Salud Integral en curso de implementación, las personas y comunidades victimizadas con ocasión de la violencia sociopolítica que ha soportado el país por más de cinco décadas, no cuentan con la garantía del derecho fundamental a la salud y mucho menos con la posibilidad de ser reparadas integralmente en salud desde una perspectiva psicosocial.
- (ii) Resulta sumamente grave y preocupante que el derecho a la reparación y a la rehabilitación en salud y psicosocial continúe siendo desconocido por el Ministerio de Salud y Protección Social, quien a la fecha no ha cumplido con las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos ni con las sentencias de la Corte Constitucional colombiana. Sienta un mal precedente este ministerio, y en particular, el Ministro Alejandro Gaviria, en cuanto al mensaje que envía a la sociedad y en particular a las víctimas, al desconocer el Estado Social de Derecho cuando al mismo tiempo, desde el gobierno del Presidente Juan Manuel Santos se impulsa un Acuerdo de Paz para darle punto final al conflicto armado sobre la base de una Paz estable y duradera.
- (iii) La no garantía del Estado para hacer efectivo el derecho y la reparación en salud integral a las víctimas, justifican la elaboración de diversas estrategias y alternativas que permitan trabajar arduamente por la construcción de un Sistema Nacional de Salud Integral y Atención Psicosocial para la Reparación de las Víctimas de la Violencia Sociopolítica, bien sea a través de una Política Pública o de la presentación de un Proyecto de Ley ante el

Congreso de la Republica; sin desconocer los espacios que se abren política y jurídicamente, de ser implementados los nuevos Acuerdos de Paz con las FARC; esta construcción solo será viable a través del trabajo directo y conjunto con las personas y comunidades victimizadas, sumando para ello esfuerzos desde las organizaciones sociales de la sociedad civil, la academia, y el poder legislativo.

9. Recomendaciones

- i- Se hace necesario que el presente documento sea socializado, consultado y nutrido por las personas y comunidades victimizadas en caso tal de que se decida emprender las alternativas propuestas.
- ii- El presente documento sirve como insumo de los ejercicios de incidencia y de exigibilidad de derechos que las víctimas, sus representantes y organizaciones psicosociales acompañantes decidan adelantar, en cuanto ofrece un marco variado de posibilidades inacabadas para pensarse conjuntamente salidas políticas y jurídicas que permitan construir un nuevo modelo de salud dirigido a las víctimas del conflicto armado.
- iii- Resulta pertinente construir una estrategia pedagógica con las personas, colectivos y comunidades victimizadas, que permita reforzar el sentido y contenido del derecho a la salud integral desde una perspectiva psicosocial, y de la reparación integral, como fundamental en la transformación del dolor, posibilitada precisamente por lo psicosocial.

Bibliografía

Beristain, Carlos, Diálogos sobre la Reparación Experiencias en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José de Costa Rica, 2008.

Gallón Gustavo, Rodríguez Harvey, Abonia Vergara Diego Fernando, Desafiando la Intransigencia: Dimensión Psicosocial de la Desaparición Forzada, Comisión Colombiana de Juristas; noviembre de 2013, Bogotá.

Guillis, Graciela, con redacción final del equipo interdisciplinario del Departamento de Entidades de la Sociedad Civil del Instituto Interamericano de Derechos Humanos, La Reparación: Acto jurídico y simbólico, San José de Costa Rica, 2007.

Vélez Marcela, La Salud en Colombia: Pasado, presente y futuro de un sistema en crisis; Penguin Random House. Bogotá, enero 2016.

Vega Romero Román, Igualdad y Diversidad: Un enfoque crítico de la justicia social en la salud, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, diciembre 2010.

Koteich Milagros, La Reparación del Daño como Mecanismo de Tutela de la Persona: Del daño a la salud a los nuevos daños extrapatrimoniales. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, febrero de 2012.

Martín Baró, Ignacio, y otros, Psicología Social de la Guerra, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, San Salvador, UCA editores, San Salvador, 2000.

Carvajal Camila, y otros/as, Articulación de Actores para Implementar Políticas de Desarrollo y Paz; Cinep, Bogotá, 2016.

El Derecho a la Salud en Perspectiva de Derechos Humanos y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado colombiano en Materia de Quejas a la Salud: Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad, Procuraduría General de la Nación, Bogotá, mayo de 2008.

Documentos

Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera. 24.08.2016.

Acuerdo sobre las víctimas del conflicto: “Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición. Borrador Conjunto. 15.12.2015.

Aportes de la Mesa Psicosocial al Debate de Control Político: “Atención Psicosocial en el marco del Conflicto Armado”, Comisión séptima de la Cámara de Representantes Congreso de la Republica, Bogotá, 18 de mayo de 2016.

Audiencia de supervisión de cumplimiento de sentencias, respecto de la medida de reparación sobre atención médica y psicológica, San José de Costa Rica, mayo 19 de 2010.

Corte Constitucional Republica de Colombia. Sentencia 760-08 del 31 de julio de 2008; MP: Jaime Córdoba Triviño.

Corte Constitucional Republica de Colombia. Sentencia No. T-045 de febrero de 2010. Ref: Expediente T-2384972, MP: María Victoria Calle.

Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso 19 Comerciantes vs Colombia, sentencia 4 de julio de 2004.

Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Pueblo Bello vs Colombia, sentencia 31 de enero de 2006.

Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Manuel Cepeda Vargas vs Colombia, sentencia 26 de mayo de 2010.

Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Santo Domingo vs. Colombia, sentencia del 30 de noviembre de 2012.

Consultoría para la elaboración de Protocolos de Abordaje Psicosocial para la adopción de medidas de atención integral, atención y acompañamiento psicosocial de las víctimas del conflicto armado; una guía de intervención en Salud Mental Comunitaria específica y diferenciada por delitos de lesa humanidad para las víctimas del conflicto armado; formación de funcionarios municipales en la implementación y seguimiento de las dos estrategias del programa de abordaje psicosocial y salud mental; Informe final de revisión normativa, Liz Arévalo, Luz Marina Monzón, Jimena Sierra, Bogotá, enero 21 de 2011.

Comisión de Seguimiento y Monitoreo al cumplimiento de la Ley 1448 de 2011, Segundo Informe al Congreso de la Republica 2014-2015. Bogotá, agosto de 2015.

Comisión de Seguimiento y Monitoreo al cumplimiento de la Ley 1448 de 2011. Tercer Informe de seguimiento al Congreso de la Republica 2015-2016. Bogotá, agosto 19 de 2016.

Diario El Espectador, edición 29 de febrero del año 2016.

El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos estructurales para su realización, ensayo: Mario Hernández Álvarez.

Ley Estatutaria 1751 16 de febrero de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Ley No. 1438 del 19 de enero de 2011: “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, abril de 2016.

Programa de Reparación de Atención en Salud Integral (tratamiento médico y psicológico) desde la perspectiva Psicosocial, en el marco de las sentencias de la Corte IDH a los ocho casos colombianos; Comisión Colombiana de Juristas, Colectivo de Abogados José Alvear Restrepo, Grupo Interdisciplinario de Derechos Humanos, Bogotá, y Medellín, 26 de julio de 2010.

Política de Atención Integral en Salud, Ministerio de Salud, Bogotá, enero de 2016.

Plan Nacional de Desarrollo una oportunidad para la reparación y atención integral en salud de las víctimas del conflicto; Mateo Gómez Vásquez y Diego Fernando Abonia Vergara; Comisión Colombiana de Juristas, 2015.

Tendiendo puentes entre las dimensiones política, jurídica y psicosocial de la justicia transicional en Colombia; María Paula Saffon y Rodrigo Uprimny.

10. ANEXOS

1. Matriz de sentencias de la Corte IDH para casos colombianos que involucran la medida de rehabilitación en salud :

MASACRE	SENTENCIA	REPARACIÓN EN SALUD
<p>19 Comerciantes 6 y 15 de octubre de 1987</p>	<p>Caso de la Mascare de los 19 Comerciantes Vs Colombia del 5 de julio de 2004</p>	<p>Otorgar tratamiento médico a los familiares de las víctimas:</p> <p>278. Con el fin de contribuir a la reparación de los daños físicos y psicológicos, el Tribunal dispone la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente, a través de sus instituciones de salud especializadas, el tratamiento médico y psicológico requerido por los familiares de las víctimas, incluyendo los medicamentos que éstos requieran y tomando en consideración que algunos han padecido de drogadicción y alcoholismo. {...} es necesario que al proveer el tratamiento psicológico se consideren las circunstancias particulares de cada familiar, las necesidades de cada uno de ellos, de manera que se brinden tratamientos colectivos, familiares, e individuales, según lo que se acuerde con cada uno de ellos, y después de una evaluación individual. En el plazo de un año Colombia deberá informar a los familiares de las víctimas en qué establecimiento de salud o institutos especializados recibirán el tratamiento médico y psicológico, los cuales deberán estar totalmente informados sobre esta medida de reparación para que se brinde el tratamiento requerido de la forma anteriormente dispuesta.</p> <p>Resolución 8 de julio de 2009:</p> <p>34. Que, a su vez, la Corte observa que el tratamiento adecuado a los familiares de las víctimas era una obligación de inmediato cumplimiento por parte del Estado, por lo que no son positivos los retrasos destacados. Este Tribunal observa que una gran parte de los familiares de las víctimas en este caso ya ha sido diagnosticada, por lo que insta al Estado a finalizar el procedimiento diagnóstico de aquellos familiares que así lo requieran y emprender el proceso de tratamiento a través de instituciones especializadas, a la mayor brevedad posible, a fin de no mermar el proceso que se ha venido desarrollando (...) Por otra parte, sin perjuicio de las medidas que adopte en el marco del sistema general de salud, es necesario que el Estado otorgue una atención preferencial a las víctimas del presente caso, incluida la provisión de medicamentos, de carácter gratuita, completa e integral {...}</p>
<p>Wilson Gutierrez Soler 24 de agosto de 1994</p>	<p>Caso Wilson Gutiérrez Soler Vs Colombia del 12 de septiembre de 2005</p>	<p>102. Con el fin de contribuir a la reparación de estos daños, el Tribunal dispone que el Estado debe brindar gratuitamente, a través de las instituciones de salud que designe, el tratamiento psicológico y psiquiátrico, que requieran las siguientes personas: {...} Dicho tratamiento debe incluir, inter alia, los medicamentos que puedan ser necesarios. Al proveer el tratamiento se deben considerar las</p>

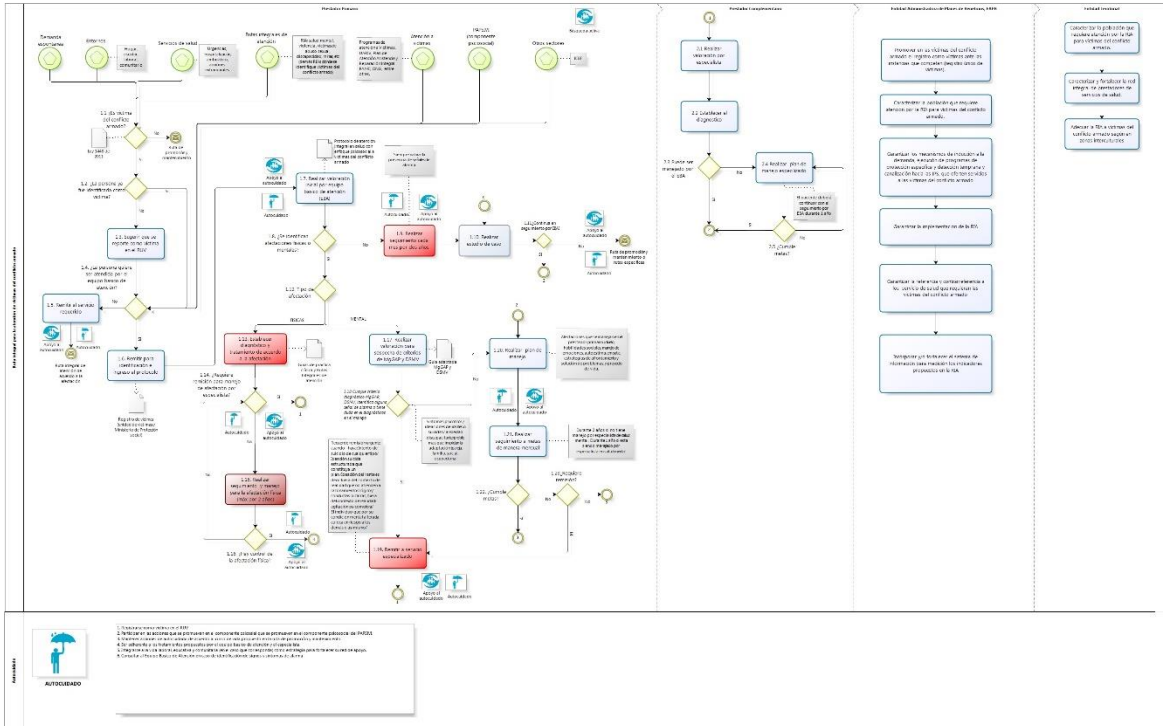
		<p>circunstancias particulares de cada persona y las necesidades de cada una de ellas, de manera que se les brinde tratamientos familiares e individuales. El referido tratamiento debe desarrollarse después de una evaluación individual, según lo que se acuerde con cada una de dichas personas.</p> <p>103. En el caso del tratamiento médico y psicológico del señor Wilson Gutierrez Soler y de la atención psicológica de su hijo {...}, ya que los dos están exiliados en los Estados Unidos de América, el Estado deberá entregar la cantidad de US\$25.000.00 {...} para cubrir los gastos razonables al respecto.</p>
Mapiripan 14 de julio de 1997	Caso de la Masacre de Mapiripan Vs Colombia del 15 de septiembre de 2005	<p>Tratamiento adecuado a los familiares de las víctimas:</p> <p>312. La Corte estima que es preciso disponer una medida de reparación que busque reducir los padecimientos psicológicos de todos los familiares de las víctimas ejecutadas o desaparecidas. Con el fin de contribuir a la reparación de estos daños, el Tribunal dispone la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente, sin cargo alguno y por medio de los servicios nacionales de salud, el tratamiento adecuado que requieran dichas personas, previa manifestación de su consentimiento para estos efectos, a partir de la notificación de la presente sentencia a quienes ya estén identificados, y a partir del momento en que realice su identificación {...}, y por el tiempo que sea necesario, incluida la provisión de medicamentos. Al proveer el tratamiento psicológico se debe considerar las circunstancias y necesidades particulares de cada persona, de manera que les brinden tratamientos colectivos, familiares e individuales, según lo que se acuerde con cada uno de ellos y después de una evaluación individual.</p>
Pueblo Bello 14 de enero de 1990	Caso de la Masacre Pueblo Bello Vs Colombia del 31 de enero de 2006	<p>“{...} es preciso disponer de una medida de reparación que busque reducir los padecimientos físicos y psíquicos de los familiares inmediatos de las personas desaparecidas o privadas de su vida. Con tal fin, el Tribunal dispone la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente, sin cargo alguno y por medio de los servicios nacionales de salud, el tratamiento adecuado que requieren dichas personas, previa manifestación de su consentimiento para estos efectos, a partir de la notificación de la presente Sentencia a quienes ya están identificados, y a partir del momento en que realice su identificación en el caso de quienes no lo están actualmente, y por el tiempo que sea necesario, incluida la provisión de medicamentos. Al proveer el tratamiento psicológico se deben considerar las circunstancias y necesidades particulares de cada persona, de manera que se les brinde tratamientos colectivos, familiares e individuales, según lo que se acuerde con cada uno de ellos y después de una evaluación individual”</p> <p>Resolución 8 de julio de 2009</p> <p>“{...} no es positivo que el diagnóstico de los familiares en vista a su tratamiento haya tardado más de tres años en ser realizado {...} Es necesario que se adopten las medidas restantes para implementar el programa de atención médica e incluir en los planes de atención a las víctimas que aún no han sido evaluadas {...} El Estado se ha comprometido a garantizar que no habrá más interrupciones entre las fases de diagnóstico y tratamiento. De tal manera, el Estado deberá continuar informando puntualmente acerca de los avances y resultados de la implementación de esta medida”</p>
Ituango -La Granja y el Aro- 11 de junio de 1996 y 22 de octubre al 12 de noviembre de 1997	Caso de la Masacre de Ituango Vs Colombia del 1 de julio de 2006	<p>Tratamiento adecuado a los familiares de las víctimas:</p> <p>403. La Corte estima que es preciso disponer una medida de reparación que busque reducir los padecimientos físicos y psicológicos de todos los familiares de las víctimas ejecutadas. Con el fin de contribuir a la reparación de estos daños, el Tribunal dispone la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente, sin cargo</p>

		alguno y por medio de los servicios nacionales de salud, el tratamiento adecuado que requieran dichas personas, previa manifestación de su consentimiento, y por el tiempo que sea necesario, incluida la provisión de medicamentos. Al proveer el tratamiento psicológico se deben considerar las circunstancias y necesidades particulares de cada persona, de manera que se les brinden tratamientos colectivos, familiares e individuales, según lo que se acuerde con cada uno de ellos y después de una evaluación individual.
La Rochela 18 de enero de 1989	Caso de la Masacre la Rochela Vs Colombia del 11 de mayo de 2007	Asistencia médica y psicológica: 298. De acuerdo a las declaraciones y el peritaje rendidos en el presente proceso, los hechos de este caso han provocado padecimientos físicos y psicológicos a los familiares de las víctimas que fallecieron, y a la víctima sobreviviente Arturo Salgado Garzón y sus familiares, siendo en algunos casos severos. En su experticia psicológica la señora Treue se refirió a la necesidad de los familiares de las víctimas de recibir tratamiento médico y psicológico. 302. Con el fin de contribuir a la reparación de los daños físicos y psicológicos, el Tribunal estima necesario disponer la obligación a cargo del Estado de brindar gratuitamente y de forma inmediata, a través de sus instituciones de salud especializadas, el tratamiento médico y psicológico requerido por los familiares declarados víctimas, y por la víctima sobreviviente {...} El tratamiento médico de salud física debe brindarse por personal e instituciones especializadas en la atención de las dolencias que presentan tales personas que aseguren que se proporcione el tratamiento más adecuado y efectivo. El tratamiento psicológico y psiquiátrico debe brindarse por personal e instituciones especializadas en la atención de víctimas de hechos de violencia como los ocurridos en el presente caso. Dicho tratamiento médico y psicológico debe ser prestado por el tiempo que sea necesario, incluir el suministro de los medicamentos que se requieran, y tomar en consideración los padecimientos de cada uno de ellos después de una evaluación individual.
Germán Escué Zapata 1 de febrero de 1988	Caso Germán Escué Vs Colombia de 4 de julio de 2007	172. La Corte estima, como lo ha hecho en otros casos, que es preciso disponer una medida de reparación que busque reducir los padecimientos físicos y psíquicos de los familiares de las víctimas. con tal fin, el Tribunal dispone la obligación a cargo del Estado, de proveer, sin cargo alguno, el tratamiento especializado de carácter médico, psiquiátrico y psicológico adecuado que requieran dichas personas, previa manifestación de su consentimiento para estos efectos {...} y por el tiempo que sea necesario, incluida la provisión de medicamentos. Al proveer el tratamiento, se deben considerar las circunstancias y necesidades particulares de cada persona, en especial sus costumbres y tradiciones, de manera que se les brinde el tratamiento adecuado que corresponda.
Jesus María Valle 27 de febrero de 1998	Caso Jesus María Valle Jaramillo Vs Colombia del 27 de noviembre del 2008	238. {...} el Tribunal estima necesario disponer que el Estado brinde dicha atención gratuitamente y de forma inmediata, adecuada y efectiva a través de sus instituciones de salud especializadas. El tratamiento psicológico y psiquiátrico debe ser prestado por personal e instituciones especializadas en la atención de los trastornos y enfermedades que presentan tales personas, como consecuencia de los hechos del caso. {...} y por el tiempo que sea necesario, así como debe incluir el suministro de los medicamentos que se requieran, y debe tomar en consideración los padecimientos de cada uno de ellos relacionados con los hechos del presente caso, después de una evaluación individual.
Manuel Cepeda 9 de agosto de 1994	Caso Manuel Cepeda Vs	235. La Corte estima, como lo ha hecho en otros casos, que es preciso disponer una medida de reparación que brinde una atención adecuada a los padecimientos psicológicos e inmateriales sufridos por

	Colombia del 26 de mayo de 2010	las víctimas en virtud de las violaciones declaradas en la presente sentencia. Por lo tanto, con el fin de contribuir a la reparación de estos daños, el Tribunal dispone la obligación a cargo del Estado de brindar, de forma gratuita e inmediata, el tratamiento médico y psicológico que requieran los familiares del Senador Cepeda, previo consentimiento informado, y por el tiempo que sea necesario, incluida la provisión de medicamentos. El tratamiento psicológico debe brindarse por personal e instituciones especializadas estatales en la atención de víctimas de hechos de violencia como los ocurridos en el siguiente caso. Si el Estado careciera de ellas deberá recurrir a instituciones privadas o de la sociedad civil especializadas. {...} Finalmente, dicho tratamiento se deberá otorgar, en la medida de las posibilidades, en los centros más cercanos a su lugar de residencia.
Santo Domingo 13 de diciembre de 1998	Caso Masacre de Santo Domingo Vs. Colombia de 30 de noviembre de 2012	307. {...} la Corte valora las iniciativas estatales de carácter general relacionadas con los sistemas de atención pública de la salud. Sin perjuicio de ello, considera pertinente señalar que no puede confundirse la prestación de los servicios sociales que el Estado brinda a los individuos con las reparaciones a las que tienen derecho las víctimas de violaciones de derechos humanos, en razón del daño específico generado por la violación. 309. {...} La Corte considera necesario ordenar medidas de rehabilitación en el presente caso. En este sentido, el Estado debe brindar gratuitamente, a través de sus instituciones de salud especializadas, y de forma adecuada, y efectiva, la atención y el tratamiento médico, psicológico o psicosocial a las víctimas y los familiares que así lo soliciten, previo consentimiento informado, incluyendo el suministro gratuito de los medicamentos y exámenes que eventualmente se requieran, tomando en consideración el padecimiento de cada uno de ellos {...} los tratamientos respectivos deberán prestarse, en la medida de lo posible, en los centros más cercanos a sus lugares de residencia por el tiempo que sea necesario {...}.
Desaparecidos del Palacio de Justicia 6 y 7 de noviembre de 1985	Caso Rodriguez Vera y otros (Desaparecidos del Palacio de Justicia) Vs. Colombia del 14 de noviembre de 2014	Rehabilitación: 567. {...} En el caso particular de las víctimas de tortura y otras formas de trato cruel y degradante, el tratamiento psicológico o psiquiátrico, debe ser brindado por personal e instituciones públicas especializadas en la atención de víctimas de hechos de violencia como los ocurridos en el presente caso. En el caso de que el Estado careciera de instituciones de salud especializadas deberá recurrir a instituciones privadas o de la sociedad civil especializadas. 568. {...} los tratamientos respectivos deberán ser brindados por el tiempo que sea necesario {...} las víctimas que soliciten esta medida de reparación, o sus representantes legales, disponen de un plazo de seis meses {...} para dar a conocer al Estado su intención de recibir atención médica, psicológica o psiquiátrica. La Corte destaca la necesidad de que el Estado y los representantes presten su máximo esfuerzo de colaboración y brinden a las víctimas toda la información que sea necesaria para recibir el tratamiento {...} con el fin de avanzar en la implementación de esta medida de manera consensuada. 569. {...} la Corte observa que algunas de las víctimas no residen en Colombia {...} la Corte considera pertinente determinar que, en el supuesto de que estas personas soliciten la atención {...} el Estado deberá otorgarles, por una única vez, la suma de US\$7500.00 {...} por conceptos de gastos por tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico, así como por medicamentos y otros gastos conexos, para que puedan recibir dicha atención en el lugar donde residan.
Comunidades afrodescendientes	Operación Génesis Vs Colombia del 20	Medidas de Rehabilitación:

<p>desplazadas de la cuenca del rio Cacarica 27 de febrero de 1997</p>	<p>de noviembre de 2013</p>	<p>452. La Corte reconoce y valora los logros alcanzados por autoridades del Estado en cuanto al otorgamiento de prestaciones de salud para población desplazada. Sin embargo, en atención a los padecimientos de las víctimas la Corte, como lo ha hecho en otros casos, ordena determinadas medidas de rehabilitación. Lo anterior, teniendo en cuenta que a la fecha {...} el Ministerio de Protección Social está diseñando un programa de atención psicosocial, es decir, que el mismo no ha entrado en vigencia, y por ende estas víctimas requieren atención psicosocial adecuada, teniendo en cuenta que su cobertura en salud ha sido catalogada por la propia Corte Constitucional como “bajísima”.</p> <p>453. Como se ha constatado que los daños sufridos por las víctimas se refiere no sólo a aspectos de su identidad individual, sino también a la pérdida de sus raíces y vínculos comunitarios, resulta pertinente disponer una medida de reparación que busque reducir padecimientos psicosociales. Con el fin de contribuir a la reparación de estos daños, el Tribunal considera que el estado debe brindar gratuitamente, sin cargo alguno, el tratamiento adecuado y prioritario que requieren dichas personas, previa manifestación de voluntad {...} por el tiempo que sea necesario, incluida la provisión de medicamentos. Al proveer el tratamiento psicológico se deben considerar las circunstancias y necesidades particulares de cada persona, de manera que se les brinden tratamientos colectivos, familiares e individuales, según lo que se acuerde con cada uno de ellos y después de una evaluación individual. Para estos efectos, el Estado deberá otorgar dichos tratamientos a través de los servicios nacionales de salud, para lo cual las víctimas deberán acudir a los programas internos de reparación a los cuales se remite esta sentencia, específicamente a los programas dispuestos para hacer efectivas las medidas de reparación. Las víctimas deberán tener acceso inmediato y prioritario a las prestaciones de salud, independientemente de los plazos que la legislación interna haya contemplado para ello, evitando obstáculos de cualquier índole.</p>
--	---------------------------------	--

2. Diagrama RIA: la ruta de atención psicosocial para las víctimas del conflicto armado- Documento del Ministerio de Salud y Protección Social



3. Ficha de preguntas orientadoras para la conversación con las personas victimizadas en los casos de la Masacre de El Salado y Pueblo Bello

Espacio de Conversación con Personas Víctimizadas - Consultoría:

ACCESO A LA SALUD INTEGRAL PARA LAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN COLOMBIA

Barranquilla, 5 de octubre de 2016

El Carmen de Bolívar, 6 de octubre

Montería, 7 de Octubre de 2016

Los siguientes son los aspectos a conversar- preguntar con las/los participantes en el espacio:

- i- Contextualización y presentación de la consultoría CCJ- Vínculos
- ii- Presentación de participantes.
- iii- Resultados del plebiscito del 2 de octubre frente al acuerdo de paz con las FARC-EP: reacciones y emociones.
- iv- Dada la experiencia en la participación del proceso de acompañamiento de Vínculos con la sentencia T-045 (solo Barranquilla) qué comprensiones tienen cuando se habla de la **salud**: al sentir que estoy “bien” o “mal” de salud a que se está haciendo referencia.

- v- Implicaciones al hablar de **salud integral**, esto hace diferencia si solo hablo de **salud**.
- vi- Indagación por el estado de atención en **salud integral** de ellos y de las personas que conocen, en general, qué problemáticas conocen, que aciertos identifican.
- vii- Revisión de los problemas identificados por la Corte Constitucional en la T-045: se mantienen o se cambiaron o hay otros.
- viii- Si hablamos de paz: cómo debería ser una buena atención en **salud integral**: “Si llego a necesitar de una atención o tratamientos en **salud**, ¿cómo me gustaría ser atendido?”
- ix- Si les encargan el diseño de un sistema de **salud integral** que atienda a las víctimas del conflicto, qué debería contener este.
- x- Opinión: ¿diferenciar el sistema de **salud** de las personas victimizadas de los ciudadanos/as que no lo han sido o cómo abordar la situación de los otros/as?
- xi- Experiencia de María Romero y Ana Fermina Mena: lo que tuvo que pasar para que se diera otra clase de atención (solo Barranquilla- para los otros espacios reconocimiento de: “¿cuándo me sentí bien atendido, tratado al acceder a la atención o tratamiento de **salud**?”

Personas victimizadas de La Masacre de El Salado y de Pueblo Bello que participaron de la discusión:

Jorge Tapia
Shirley Suarez
Mademis Torres
Nelson Redondo
Ana Fermina Mena
María Romero
Ignacio Ramos
Mirna Ramos
Deinan Yulieth Salazar
Humberto Torres
Luz Estela Alvis
Damaris Tapia
Miladis Tapia
Ladys Redondo
Patricia Patermina
María Patricia Calle
Katy Milena Fuentes

4. Cronograma de entrevistas y reuniones desarrolladas

1. Román Vega Romero. Doctor en Administración- pensamiento sistémico crítico con énfasis en Políticas de Salud (2 entrevistas)
2. Luz Marina Monzón. Abogada defensora de derechos humanos.
3. Viviana Tacha. Abogada. Exintegrante de la UTL del senador Alberto Castilla.
4. No pudieron ser contactados a pesar de que se les envió comunicación para establecer las entrevistas, el historiador en medicina, medico, Mario Hernández y el especialista en salud pública, médico Jaime Urrego.
