



INFORME FINAL SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS. DIÁLOGO DE SABERES

AGOSTO DE 2016

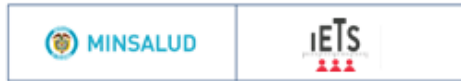


Contenido

Introducción.....	4
Apuntes metodológicos preliminares.....	4
1. Población víctima.....	5
1.1. Pregunta guía.....	5
1.2. Objetivos.....	5
1.3. Categorías.....	6
1.4. Análisis.....	6
Hechos victimizantes.....	7
Daño físico / Daño emocional.....	10
Afectación física.....	10
Afectación emocional.....	13
Causalidad Manifiesta.....	15
Capacidad de recuperación.....	16
Dimensión familiar.....	17
Dimensión comunitaria.....	18
Atención.....	18
2. Organizaciones no gubernamentales.....	19
2.1. Preguntas guía.....	20
2.2. Objetivos.....	20
2.3. Categorías.....	20
2.4. Análisis.....	21
Dificultades.....	21
Afectación física.....	22
Afectación emocional.....	23
Capacidad de recuperación.....	23
Acompañamiento.....	23
Atención en salud.....	24
Enfoque diferencial.....	25
Rutas de atención.....	26



Lenguaje.....	26
Tiempo	27
3. Conclusiones	28



Introducción

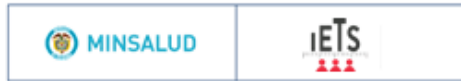
El presente informe se divide en dos partes. En la primera se analizan los dos diálogos de saberes realizados con población víctima de conflicto armado (Realizados en Villavicencio y Medellín) y en la segunda se analiza el diálogo realizado con organizaciones no gubernamentales -ONG que trabajan en el acompañamiento y atención a población víctima en todo el país (Realizado en Bogotá). Estos espacios de participación fueron diseñados para complementar la respuesta a dos de las cuatro preguntas genéricas que guían el proceso de construcción del protocolo.

Como conclusión general, hay una mayor incidencia de impactos emocionales frente a los físicos. Esto se puede explicar en el tipo de hechos victimizantes relacionados (ver categoría), pero también en el tiempo transcurrido, durante el cual las personas no han podido –o han podido limitadamente, según cada caso- tramitar los eventos vividos. Además, el tiempo y los procesos de implementación de leyes y programas de atención y asistencia a la población víctima se han convertido en un factor ineludible a la hora de evaluar la condición física y emocional, así como las necesidades concretas de atención en salud de esta población.

A continuación se presenta el análisis de los dos diálogos de saberes realizados (víctimas y ONG) en dos momentos. El primer análisis es de los temas mencionados por las y los participantes, el cual se realizó a partir del conteo de palabras y la posterior construcción de conjuntos significantes. El segundo es un análisis interpretativo de las categorías planteadas *a priori*, así como de las categorías emergentes. Las conclusiones se presentan a manera de recomendaciones, con el fin hacer parte integral de las indicaciones clínicas en el Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial, luego de hacer un análisis de cada una de líneas.

Apuntes metodológicos preliminares

- Para un mejor entendimiento por parte de las personas participantes, se hace referencia a salud emocional.
- Para efectos de análisis no se tienen en cuenta las intervenciones de los facilitadores, pues puede alterar los resultados sobre cantidad de palabras mencionadas, que puede llevar a categorías emergentes. Si bien sería útil trabajar a partir de las preguntas planteadas, para efectos del documento técnico que se debe construir se toma la decisión de no incluir las preguntas.
- Si bien surge una categoría emergente que es la 'causalidad manifiesta', es necesario anotar que el simple hecho de hablar de afectaciones físicas y emocionales está enmarcado en una reflexión sobre la salud en un contexto de victimización en el marco del conflicto, lo cual supone, de antemano, una causalidad consciente.



- Es importante mencionar que el espacio grupal funcionó como detonador de memoria, es decir que el hecho de escuchar las experiencias de otras personas le permitió a las participantes reconocer experiencias que en principio no habían considerado relevantes en el marco de este espacio. Sin embargo, también puede haber generado autocensura. Esto se evidenció en el hecho de que en los espacios de descanso muchas personas se acercaron a los y las facilitadoras para compartir experiencias de victimización o recuperación que durante el Diálogo no mencionaron. Además, la mayoría de las personas refirieron casos de victimización de sus allegados, muy pocas se refirieron a los casos propios. Si bien esto puede responder a las dinámicas propias de conflicto, también puede responder al diseño metodológico del espacio.
- No se tiene en cuenta la referencia a morir. Asesinato incluye muerte y asesinato
- Conteo de palabras y construcción de conjuntos significantes
- El análisis por conteo de palabras surge de la lectura e interpretación cualitativa de las transcripciones. El análisis cualitativo se hizo mediante identificación y clasificación de referencias relacionadas con las categorías a priori y emergentes en el software Atlas-ti.
- No es arbitraria la escogencia ni el agrupamiento de términos

1. Población víctima

Se realizaron dos encuentros, uno en Villavicencio y otro en Medellín. En los dos encuentros hubo una participación mayoritaria por parte de mujeres y participaron personas mayores de 18 años de diferentes rangos de edad. Para efectos del análisis, las respuestas no se discriminan por sexo, edad u otras variables; es un consolidado de los dos encuentros, que tampoco atiende a particularidades regionales.

1.1. Pregunta guía

- ¿Cuáles son las afectaciones o impactos en la salud física y mental de las víctimas como consecuencia de los hechos victimizantes en el marco del conflicto armado?
- ¿Cuáles deben ser las atenciones que debe brindar el SGSS con enfoque psicosocial y diferencial que contribuyan a mitigar las afectaciones o impactos a la salud física y mental de la población víctima del conflicto armado?

1.2. Objetivos

- Identificar mediante una dinámica grupal los daños y afectaciones a la salud física y emocional surgidos del contexto de conflicto armado del cual se es víctima, así como las



capacidades de recuperación y las necesidades de atención, como medida de reparación, en los niveles individual, familiar y comunitario y con un enfoque diferencial.

- Identificar aspectos críticos y exitosos en la atención en salud a población víctima del conflicto armado actualmente, así como recomendaciones para su posible mejoramiento, a partir de las experiencias propias –individuales, familiares y comunitarias- de recuperación, desde un enfoque diferencial.

1.3. Categorías

Hechos victimizantes; Daño físico; Daño emocional; Afectación física; Afectación emocional; Capacidad de recuperación; Necesidades de atención

1.4. Análisis

En la Gráfica 1.1 se pueden apreciar los temas centrales referidos por las y los participantes. En primer lugar se hace referencia a las “afectaciones emocionales” (59 menciones) surgidas, tanto de los hechos victimizantes como de la condición misma de víctima, en el marco de las políticas y programas estatales de atención y asistencia. Como se ve, las referencias concretas a “daños” son poco recurrentes, pues en la mayoría de los casos las víctimas no establecieron una relación directa entre el hecho victimizante y la condición de salud. Más bien, se refirieron a su vida cotidiana en condición de víctima y cómo esto les generaba este tipo de afectaciones. Por este motivo, se incluye una categoría emergente que es la “causalidad manifiesta” (16 menciones).

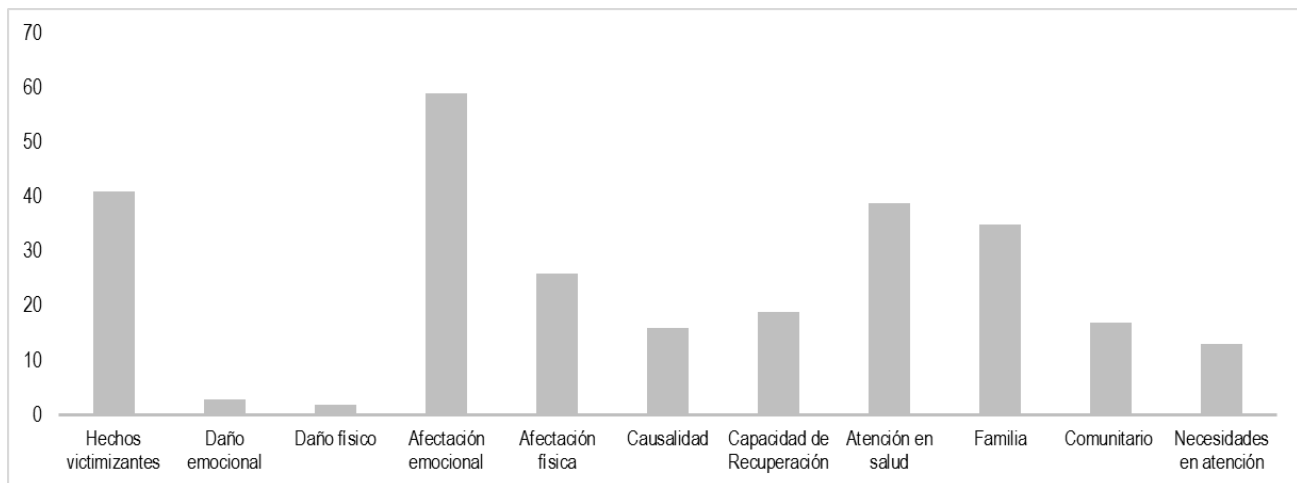
En segundo lugar de frecuencia se encuentra la categoría de “hecho victimizante” (41 menciones), seguido de “atención en salud” (39 menciones), un tema hacia donde se dirigía la discusión con facilidad, y que se relaciona con la condición de víctima de las y los participantes, en el marco de las políticas y programas estatales de atención y asistencia, así como de la interacción con el SGSSS. La siguiente categoría es “familia” (35 menciones), que en principio se tiene en cuenta como dimensión del daño y las afectaciones, pero a partir de lo relatado, se incluye también dentro de la categoría “capacidad de recuperación”.

Sigue la categoría de “afectación física” (26 menciones), tanto en los casos de personas que hayan sufrido un daño físico como consecuencia de los hechos victimizantes, como aquellas que identifican trastornos o afectaciones crónicas surgidas de condiciones emocionales relacionadas con la victimización.

Seguidas de ésta están las categorías de “causalidad manifiesta”, que se mencionó previamente, y “capacidad de recuperación” (19 menciones), que en su mayoría se refiere a la influencia positiva de la práctica religiosa en los procesos de recuperación, así como a

la participación de las comunidades de apoyo en dicho proceso. Como se detallará más adelante, en las menciones a la dimensión “comunitaria” (17 menciones), al igual que a “familia”, se contemplan tanto la afectación como consecuencia de un hecho victimizante, como su participación en los procesos de recuperación.

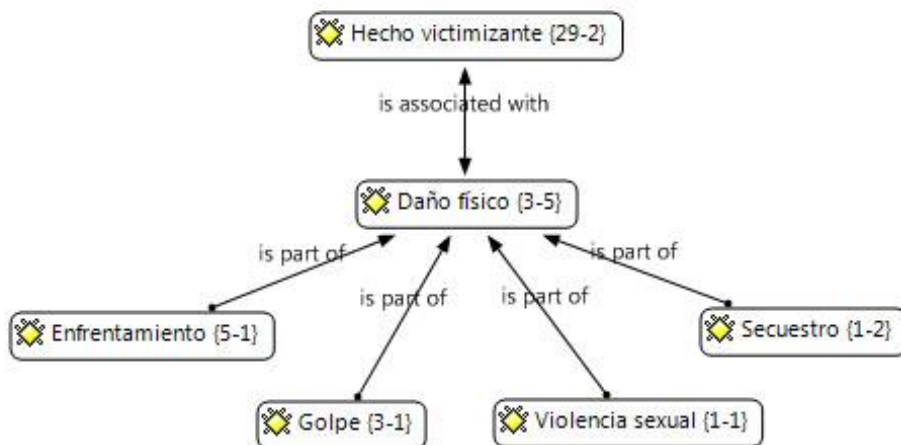
Gráfica 1.1. Frecuencia de mención por categoría. Víctimas



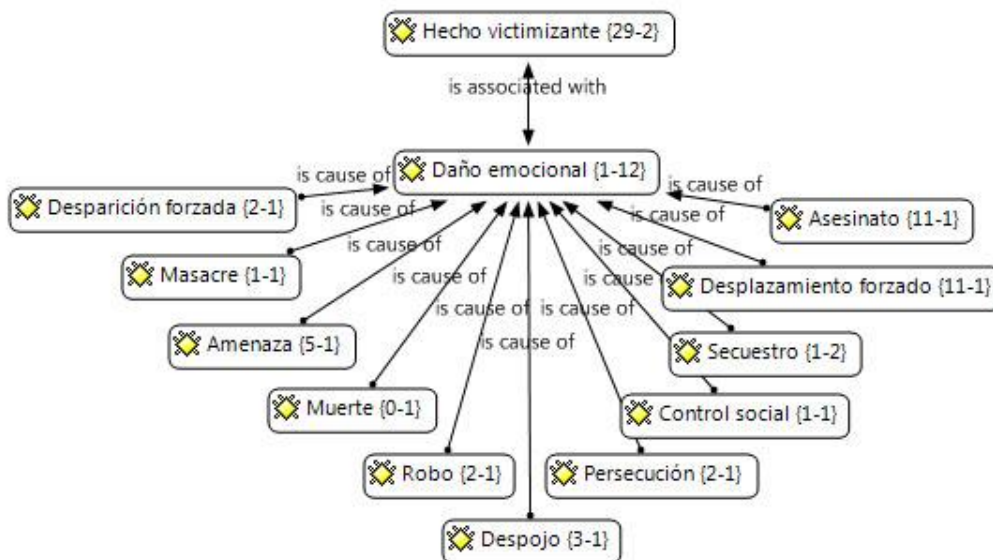
Hechos victimizantes

La categoría se analiza en relación directa con los daños. De acuerdo con los relatos es posible diferenciar los hechos victimizantes que pueden causar un *daño físico* en las víctimas, de aquellos que tienen impactos emocionales. Si bien esta no es una distinción exacta, permite comprender los tipos de impacto que causan los hechos de conflicto sobre las víctimas, así:

Gráfica 1.2. Hechos victimizantes que pueden haber causado daños físicos (Villavicencio)



Gráfica 1.3. Hechos victimizantes que pueden haber causado daños emocionales (Villavicencio)



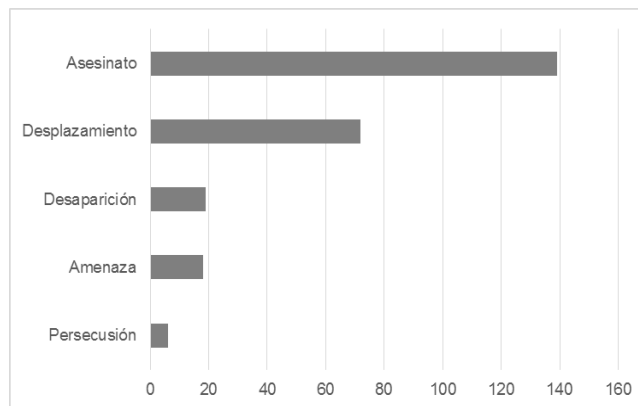
Como se ve en las gráficas 1.2 y 1.3¹, hay más incidencia de hechos victimizantes que causan daños emocionales, bien sea porque el hecho está dirigido a una persona allegada (por ejemplo desaparición forzada, muerte, asesinato), bien sea porque el hecho está enmarcado en un contexto social específico, en el cual vive la víctima (por ejemplo control

¹ Las gráficas 1.2 y 1.3 no corresponden a un análisis definitivo, son ejemplos demostrativos (tomados del diálogo de saberes realizado en Villavicencio) de la relación de hechos victimizantes.

social, amenaza, despojo, persecución). Sin embargo, en el caso del desplazamiento forzado, en la mayoría de casos viene acompañado de otros hechos victimizantes (por ejemplo golpes, enfrentamientos, amenazas), que pueden suponer un daño concreto en la o las víctimas.

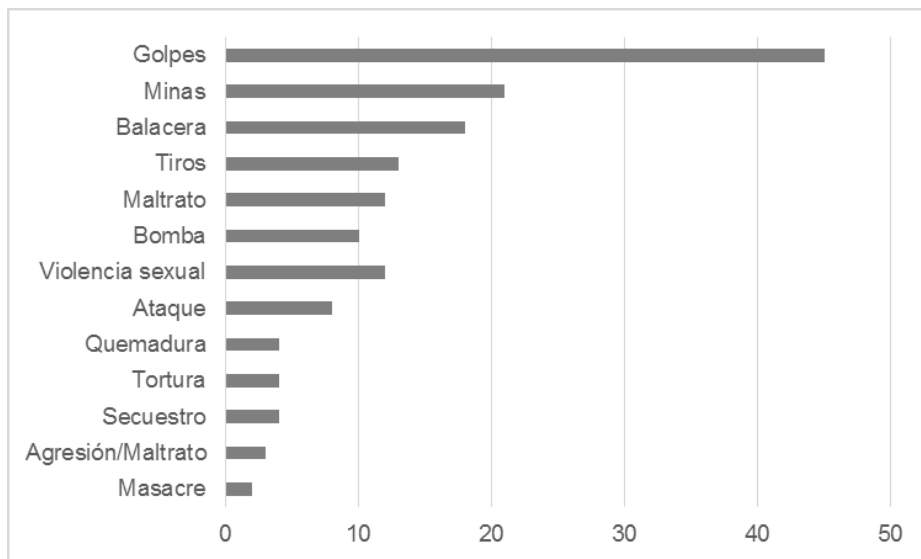
Como se ve en el ejemplo, los hechos victimizantes más reiterados son el asesinato y el desplazamiento forzado. A partir de un conteo de palabras, se encuentran 139 menciones relacionadas con el asesinato de un familiar o allegado, seguido de 72 menciones a procesos de desplazamiento.

Gráfica 1.4. Hechos victimizantes que pueden haber causado daños emocionales, por cantidad de menciones.



Por otra parte, se mencionan en detalle las agresiones que han causado daños físicos en las víctimas. Los golpes son la agresión más común (45 menciones), asociada a hechos victimizantes como la violencia sexual y el desplazamiento, pero también por ejemplo, con la violencia intrafamiliar, referida por varias de las participantes mujeres. Vale decir que aunque en la Gráfica 1.5 se incluyen “tortura” y “secuestro” (4 menciones cada uno), ninguno de los participantes dijo haber sido víctima directa, razón por la cual en este caso no se considera que hayan causado un daño físico.

Gráfica 1.5. Agresiones que pueden haber causado daños físicos, por cantidad de menciones.



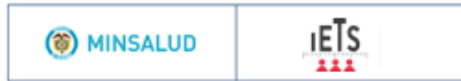
Daño físico / Daño emocional

Son pocas las referencias concretas a los daños físicos y emocionales causados por los hechos victimizantes. Además de las “causalidad manifiesta”, se identifican referencias al “daño físico”, tales como impactos de bala y golpes que afectan la movilidad corporal; referencias al “daño emocional” tales como zozobra, miedo, angustia y ataques de nervios (ver Anexo 1). En total hay 3 menciones concretas al daño emocional y 2 al daño físico, por lo que se considera que las y los participantes no le dan a los hechos la relevancia suficiente en relación con los daños. Sin embargo, hay múltiples referencias a lo que dichos hechos causaron o han causado en su salud emocional, pero esto se toma como “afectación emocional” dado que la en la narración se refieren a los efectos posteriores y su desarrollo con el paso del tiempo.

Afectación física

En muchos casos las personas hablan de cómo las afectaciones físicas tienen efectos sobre las relaciones interpersonales, con familiares, allegados y otras personas en general. Hay tres menciones a cómo los *impactos de bala* afectan diferentes órganos del cuerpo con el paso del tiempo. Lo mismo ocurre con la mención a afectaciones producidas por efecto de Minas Anti Persona.

En casos de *desplazamiento* se narra la experiencia de *aguantar hambre*, lo cual genera *gastritis*. Además, en relación con el *desplazamiento* pero también con la experiencia de vivir otros hechos victimizantes o vivir en medio del conflicto, se menciona el *insomnio* y el



*estrés*², que genera *espasmos musculares, obesidad, asma, dolor en las articulaciones, enfermedad general, dolor de cabeza, parálisis facial.*

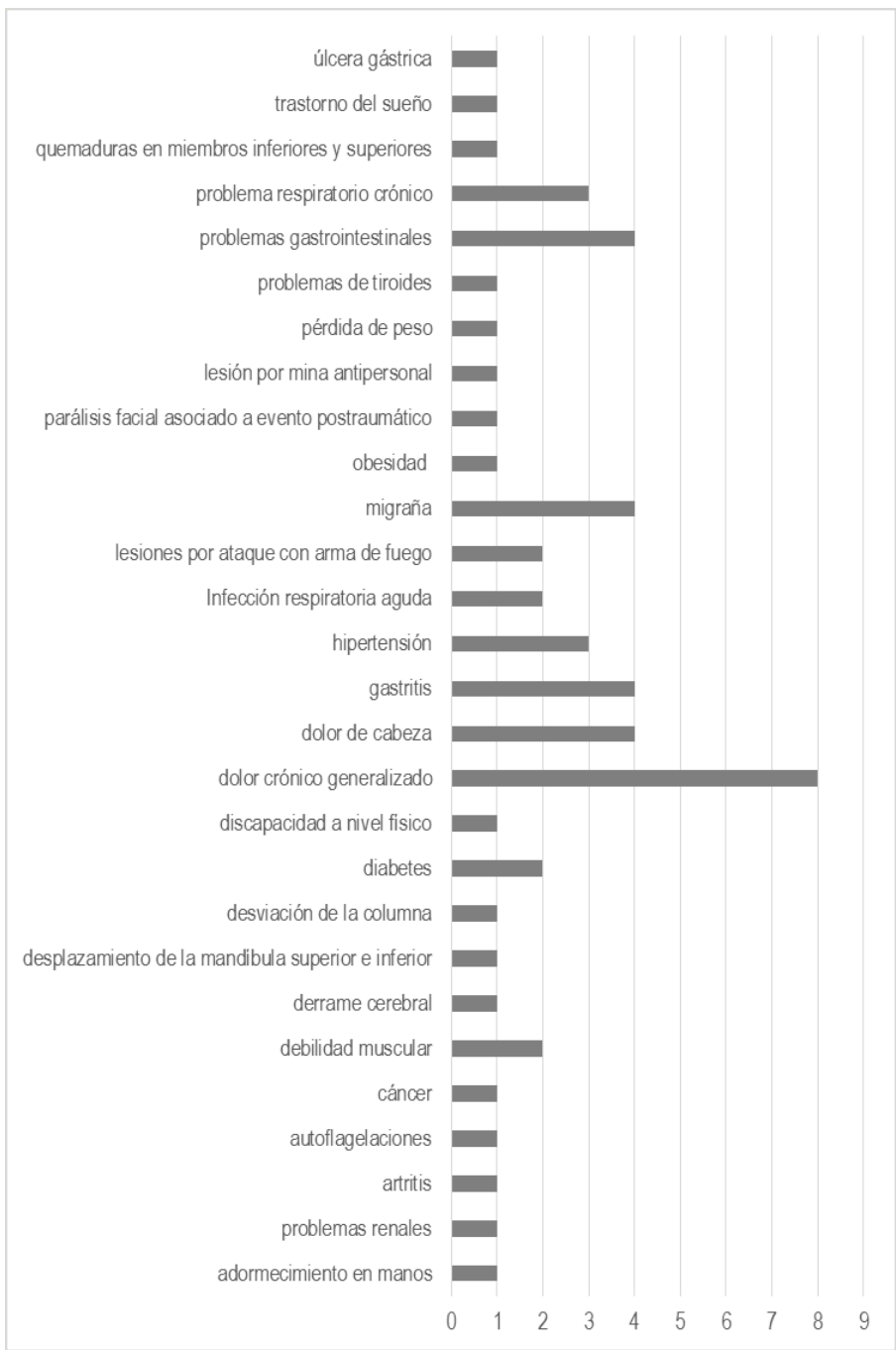
Finalmente se mencionan el *cáncer y problemas del corazón* (ver “Causalidad Manifiesta”) como afectaciones producto de los hechos victimizantes. Además hay varias menciones a *trombosis, problemas de tensión y presión, así como diabetes.*

La gráfica 1.6. se ha construido sobre la interpretación médica de las afectaciones físicas relacionadas por las víctimas. En total se relacionan 26 menciones a afectaciones físicas. Como se puede apreciar allí, la afectación física que más se mencionó es el dolor crónico generalizado (8 menciones), seguido de problemas gastrointestinales, gastritis, migraña y dolor de cabeza simple, con 4 menciones cada uno. El problema respiratorio crónico y la hipertensión fueron relacionados en tres ocasiones cada uno.

En general, vale la pena mencionar que el “dolorcito” en la nuca, las piernas, la cabeza y las rodillas, fueron evidentemente la referencia directa más clara y generalizada por parte de las víctimas, frente a su estado de salud.

² Insomnio y estrés se incluyen en la categoría de “afectación física” por los efectos que tienen sobre la salud física de las personas, de acuerdo con sus relatos.

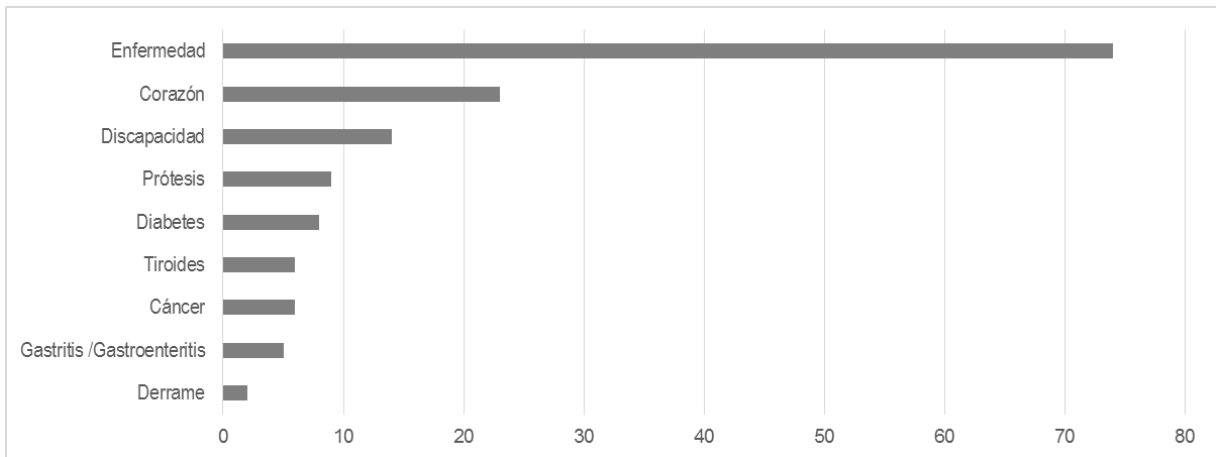
Gráfica 1.6. Afectaciones físicas y frecuencia de relación. Víctimas



Además, por conteo de palabras, se registraron 74 menciones a enfermedad en genérico, seguido de 23 menciones a problemas del corazón y 14 menciones a la condición de

discapacidad. Si bien fueron muy recurrentes las referencias a espasmos musculares, dolor de cabeza, obesidad, no se reconoce en el conteo de palabras por las diferentes maneras como se hablaba de esto.

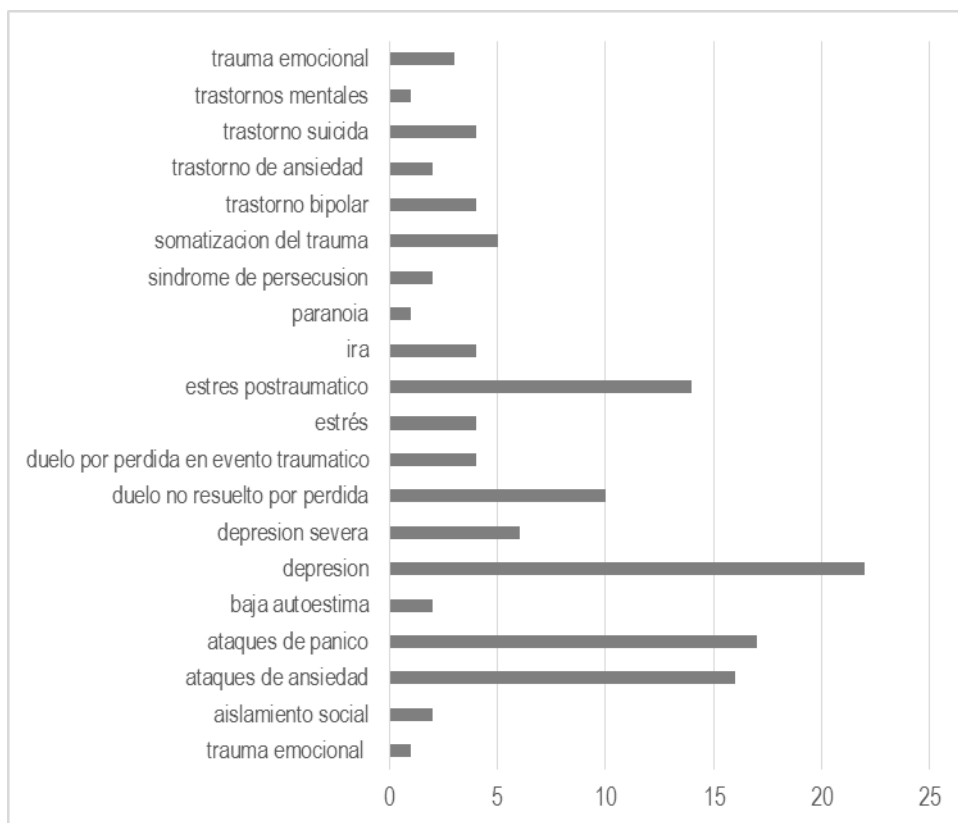
Gráfica 1.7. Palabras relacionadas con afectaciones físicas y frecuencia de menciones. Víctimas



Afectación emocional

Como se dijo al comienzo, esta es la categoría con mayor recurrencia en los dos diálogos de saberes realizados con población víctima (59 menciones). Es muy importante resaltar que, en términos generales, para las y los participantes la relación entre el conflicto armado y su propia salud está claramente dada por las afectaciones emocionales producto de su victimización. Además, vale resaltar que en el 60% (40 menciones) de los casos, las personas manifestaron padecer más una afectación emocional.

Gráfica 1.8. Afectaciones emocionales y frecuencia de menciones. Víctimas

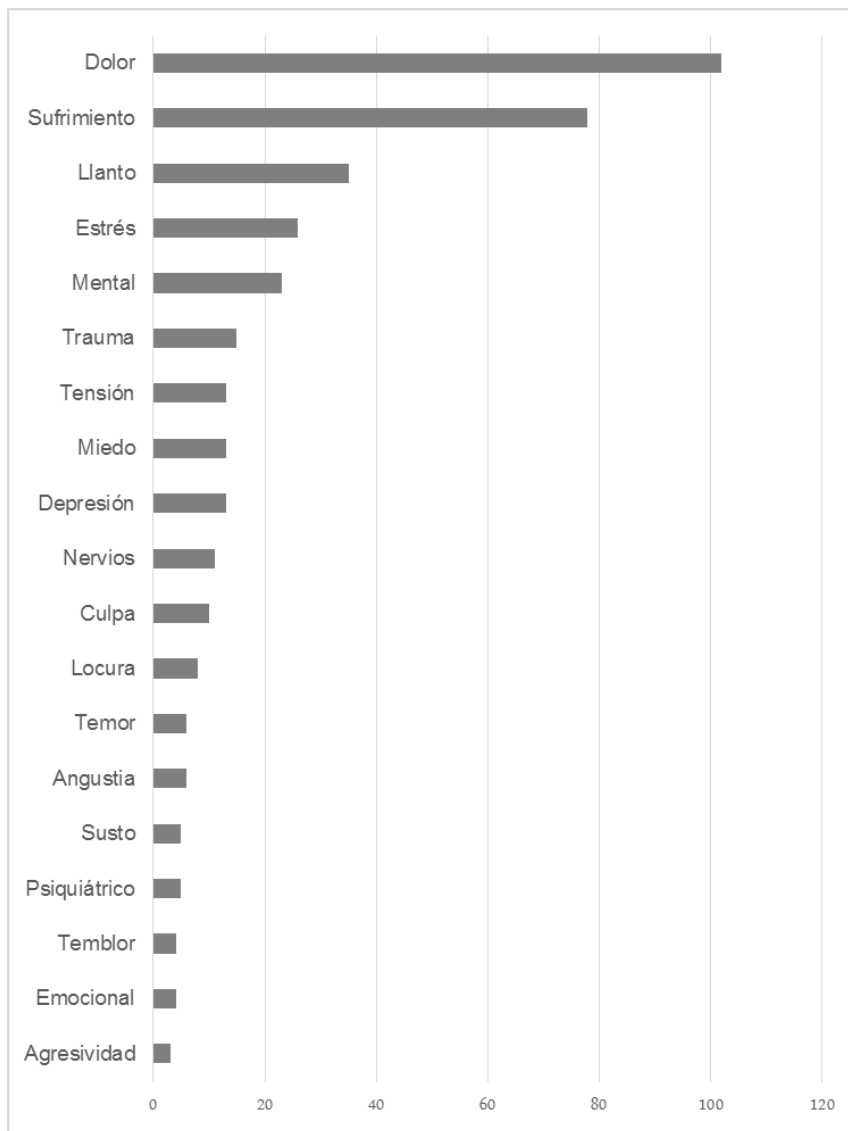


Como se ve en la gráfica 1.8., la depresión es la afectación más común (22 menciones), seguida de los ataques de pánico (17 menciones), ataques de ansiedad (16 menciones), estrés postraumático (14 menciones) y en menor medida duelo no resuelto por pérdida (10 menciones).

De otra parte, en la Gráfica 1.9., se relacionan las palabras asociadas a afectaciones emocionales, de acuerdo con el análisis interpretativo realizado. Como se ve, el grupo de palabras con mayor frecuencia de menciones son las asociadas al dolor³ (102 menciones), seguido del sufrimiento (78 menciones)

³ El dolor incluye físico y emocional. Se incluye entre las afectaciones emocionales para el conteo, debido a las manifestaciones reiteradas sobre “el dolor que supone ver asesinado un familiar” como los hijos, pareja, hermanos, de acuerdo con lo que comentaron los participantes.

Gráfica 1.9. Palabras relacionadas con afectaciones emocionales y frecuencia de menciones



Causalidad Manifiesta

Se asume que, dado el espacio para el diálogo de saberes, las referencias a daños y afectaciones están relacionadas con los hechos victimizantes o la experiencia de vivir en medio del conflicto armado. Sin embargo, como categoría emergente se propone incluir la “causalidad manifiesta” para resaltar aquellos momentos en los cuales las y los participantes establecen una relación verbal entre el hecho victimizante y los daños y afectaciones.



En total hubo 16 referencias a la relación causal entre el hecho victimizante y las afectaciones, 10 de las cuales se refirieron a afectaciones emocionales: nervios, sufrimiento, angustia, estrés, depresión y trauma; 8 referencias fueron a afectaciones físicas: enfermedad sin especificación particular, diabetes, problema de mandíbula, desviación de columna, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor en articulaciones, dolor en el tórax, angina de pecho, cáncer, problemas de corazón y presión alta.

Con respecto a los hechos victimizantes asociados con las afectaciones, se mencionó principalmente la presencia durante enfrentamientos, lo cual genera, sobre todo, afectaciones emocionales. No hubo menciones a afectaciones físicas durante los enfrentamientos. También fue recurrente la mención a afectaciones emocionales producidas por el asesinato de algún familiar (hijos, principalmente, pareja y hermanos). Se mencionaron también las afectaciones emocionales producidas por el desplazamiento, así como daños y afectaciones físicas ocurridas durante el desplazamiento (porque hubo maltrato de parte de los victimarios o porque hubo accidentes en el camino). Hubo dos menciones a afectaciones emocionales por la amenaza directa o amenaza a algún familiar, así como una mención a las afectaciones emocionales en los familiares de un desaparecido.

Capacidad de recuperación

En relación con los procesos y capacidades de recuperación se encontraron 19 menciones. La mayoría de participantes se refirieron a Dios y a la oración, de una parte, o a las terapias psicológicas con acompañamiento de un profesional, como centrales en sus propios procesos. Menos personas se refirieron a la necesidad de mantener ocupada la mente en el trabajo, en capacitarse o en otras actividades. En términos generales, quienes se refirieron al poder reparador de "mantenerse ocupado" no relacionaron otros actores que hicieran parte de su proceso de recuperación, como tampoco lo mencionaron algunas personas que hicieron referencia a la oración. Sin embargo, algunas personas sí mencionaron la importancia de poder hablar de lo sucedido, de ser escuchadas y de contar con el apoyo de otras personas en la recuperación.

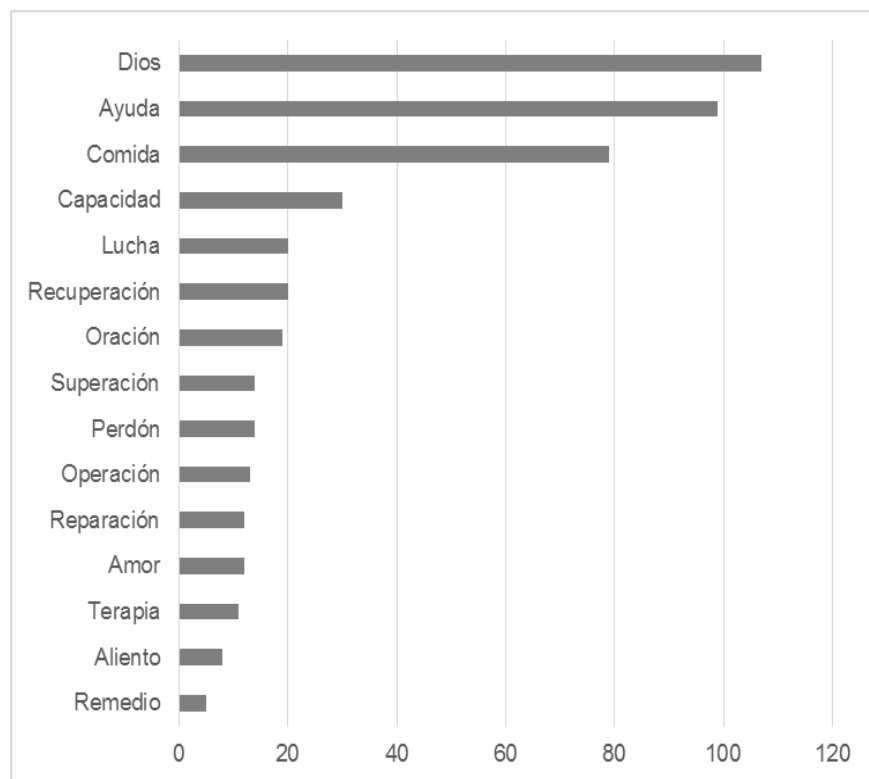
Además, una persona mencionó asistir a un tratamiento psiquiátrico y tomar medicación, aunque ella misma habló de la importancia de la oración y las comunidades de apoyo. Otra persona, vale mencionarlo, se refirió a uno de los programas de trabajo comunitario impulsado por la Unidad de Víctimas en su barrio, el cual ha servido para la recuperación del tejido social pero también para mejorar la relación con su familia. un tema que se mencionó al respecto de la recuperación fue la necesidad de perdonar, a lo cual hubo cierto consenso en el hecho de que no es suficiente el acompañamiento en los procesos de recuperación, sino que es necesario hacer un trabajo propio e individual.

Como se ve en la gráfica 1.8, de acuerdo con el conteo de palabras las referencias a Dios, la oración y la práctica religiosa (107 menciones) fueron las más recurrentes, seguidas de

las referencias a la ayuda, que bien puede ser ayudar a otros antes, durante y después de los hechos victimizantes, o recibir ayuda de otras personas o instituciones (99 menciones).

Son numerosas las referencias a la comida (79 menciones), algunas de las cuales se relacionan con los procesos de recuperación: mantener una buena alimentación. Sin embargo, muchas referencias tienen que ver con la percepción de los participantes sobre su mal estado de salud: problemas de obesidad, mala alimentación debido a la condición de desplazamiento, a la pobreza y a la sobrecarga doméstica. También se hizo referencia a la imposibilidad de mantener los hábitos alimenticios recomendados por el médico para tener una buena salud.

Gráfica 1.8. Palabras relacionadas con la recuperación y frecuencia de menciones



Dimensión familiar

Como se ha visto en las categorías anteriores, la dimensión familiar está presente tanto en los daños y las afectaciones como en las capacidades y posibilidades –o no- de recuperación. Las menciones se refieren, sobre todo, a las afectaciones emocionales producidas por el asesinato de algún familiar, principalmente los hijos (hombres), pero también hermanos y pareja (hombre), aunque hay algunas menciones a víctimas de asesinato mujeres. La presencia durante el hecho genera, en percepción de muchas de las víctimas, daños irreparables.



Por otra parte, la experiencia de victimización, de acuerdo con las víctimas, se transmite a los hijos durante su proceso de crecimiento, pero además afecta negativamente al núcleo familiar, sin distinguir cómo está conformado. Así mismo, se percibe que la familia es también un actor determinante en los procesos de recuperación. Por eso, muchas mujeres hablaron de la necesidad de trabajar para que sus hijos e hijas pudieran perdonar y “salir adelante”.

Dimensión comunitaria

Del mismo modo, la dimensión comunitaria aparece relacionada tanto en los hechos victimizantes como en las capacidades –o no- de recuperación. El hecho de “vivir en medio del conflicto” involucra a la comunidad completa, no solamente a las víctimas directas de un hecho en particular. Así mismo, las comunidades están involucradas en las posibilidades de recuperación de una víctima. El conflicto rompe el tejido social porque implanta un estado de miedo, angustia, temor permanente. Con el desplazamiento se pierde y los lugares a donde se llega tienen dinámicas diferentes a las tradicionales de las víctimas de desplazamiento. Son espacios de desconfianza y competencia. Muchas personas hablaron de la agresividad y de la rabia crónicas, que se expresan con vecinos y conocidos, quienes muchas veces rechazan o estigmatizan a las víctimas.

En el mismo sentido, la posibilidad de construir tejido social es un elemento central en el proceso de recuperación. Allí, las relaciones afectuosas, las comunidades religiosas de apoyo, entre otros grupos, juegan un papel importante en la recuperación de las víctimas, principalmente de afectaciones emocionales.

Atención

Por las dificultades presentadas durante el desarrollo de los diálogos de saberes, la categoría “necesidades de atención” se amplió a la más general “atención”, que incluye las deficiencias y necesidades, pues las y los participantes se refirieron principalmente las deficiencias. Con mayor frecuencia se refirieron al riesgo que implica la tardanza en aprobación de exámenes y terapias y la práctica de remisión de una institución a otra para la atención en salud en las cuales deben pasar por largos periodos de espera para recibir atención.

La asignación de citas médicas también se presentó como un obstáculo estructural en la atención en salud: un participante señaló que a pesar de estar afiliado al SGSSS, su atención estuvo condicionada al pago. Así mismo según algunos participantes la falta de asignación de citas está asociada con un frecuente déficit de personal médico en las instituciones de atención primaria en salud, lo cual derivó, por ejemplo, en intentos de abandonar las instalaciones en procesos de hospitalizaciones y la búsqueda de atención privada en salud. En algunos casos el cambio de EPS resultó negativo para la atención y entrega de medicamentos, sobre todo cuando estas son instituciones nuevas.



Con respecto de los medicamentos, los participantes identificaron la problemática asociada a que el tipo de vinculación con el Sistema no aprueba la entrega de medicamentos necesarios para algunos tratamientos. Así mismo hicieron referencia frecuente a una estandarización en la medicación independiente de las necesidades en salud particulares, así como un claro déficit en la disponibilidad y calidad de medicamentos.

Frente a las necesidades de atención, es casi unánime la referencia a recibir un trato más humanizado, concentrado en los siguientes temas:

- Trato diferencial para personas de la tercera edad. Atención domiciliaria, información clara, acompañamiento en el proceso de atención. Esto respondiendo a la realidad de que muchas de las víctimas de la tercera edad son provenientes de zonas rurales, muchos de ellos no saben leer o escribir y por su edad –sumado a su estado de salud- tienen dificultades para la movilidad.
- Atención con enfoque psicosocial, que reconozca su condición de víctimas y en esa medida esté dirigida a reducir los niveles de estrés y las afectaciones derivadas de esto. Durante uno de los diálogos se habló –a manera de chiste- de la existencia de SPA donde las personas pudieran ser atendidas para “descargar el peso que llevan siempre” y que les genera tantos problemas de salud. Esto, más allá de las risas, tiene que ver con
- Recibir un trato más humanizado de parte de los profesionales, que escuchen a los pacientes, que no saquen diagnósticos acelerados y que permitan reconocer que no hay un solo síntoma o afectación⁴

2. Organizaciones no gubernamentales

Los participantes aportaron al Diálogo desde su conocimiento basado en el trabajo de acompañamiento y atención en salud a víctimas en los territorios, así como desde la información sistematizada en informes de las organizaciones que representaban. Sin embargo, la participación se concentró principalmente en la información sistematizada, más que en la experiencia directa en terreno.

Es por eso que este diálogo de saberes estuvo marcado por el interés en identificar dificultades y aportar elementos concretos para recomendaciones a tener en cuenta en la construcción del Protocolo.

⁴ Hubo otras menciones sobre la atención, que no se incluyen porque se refieren a las deficiencias generales del sistema y no a las necesidades diferenciales de la población víctimas. Estas son, por ejemplo, reducir los tiempos en asignación de citas, recibir atención oportuna, reducir los trámites de autorización de exámenes y atención de especialistas, mejorar la receta de medicamentos, entre otros puntos.

2.1. Preguntas guía

- ¿Cuáles deben ser las atenciones que debe brindar el SGSS con enfoque psicosocial y diferencial que contribuyan a mitigar las afectaciones o impactos a la salud física y mental de la población víctima del conflicto armado?
- ¿Cuáles deben ser las atenciones que debe brindar el SGSS con enfoque psicosocial y diferencial que contribuyan a mitigar las afectaciones o impactos a la salud física y mental de la población víctima del conflicto armado?

2.2. Objetivos

- Identificar aspectos críticos y exitosos en la atención en salud a población víctima del conflicto armado actualmente, así como recomendaciones para su posible mejoramiento, a partir de las experiencias propias – individuales, familiares y comunitarias- de recuperación, desde un enfoque diferencial.
- Identificar aspectos críticos y exitosos en la atención en salud a población víctima del conflicto armado actualmente, así como recomendaciones para su posible mejoramiento, a partir de las experiencias propias de acompañamiento – a individuos, familias y comunidades- en su recuperación física y emocional, desde un enfoque diferencial.

2.3. Categorías

Las categorías *a priori* planteadas para el análisis de los diálogos de saberes fueron

Daño físico	Daño emocional	Afectación física	Afectación emocional
Hechos victimizantes	Normatividad	Jurisprudencia	Capacidad de recuperación
Acompañamiento	Cuidado de la salud	Necesidades de atención	Atención en salud
Rehabilitación	Enfoque diferencial	Rutas de atención	

Las categorías emergentes en el análisis de la información fueron:

Tiempo	Lenguaje
--------	----------

Las categorías de rehabilitación, hechos victimizantes, jurisprudencia, cuidado de la salud y rehabilitación no se desarrollaron en profundidad por falta de información brindada por los participantes, sin embargo la información dio lugar al establecimiento de categorías emergentes como son lenguaje y tiempo.



2.4. Análisis

Dificultades

Para el propósito de mejorar la atención diferencial a las víctimas se identificó que la construcción de un protocolo no es suficiente si este no es asequible para los actores involucrados en los procesos y si no tiene un plan de socialización y aterrizaje a nivel territorial.

Se identificaron unas problemáticas estructurales del orden territorial, por ejemplo que el acceso a la atención en salud se ve afectado negativamente principalmente por el tiempo de espera en la asignación de citas y procedimientos, así como las largas distancias de traslado a lugares de atención primaria.

En cuanto a la atención en salud se identificó que los sistemas de atención y asistencia a víctimas –dentro de los cuales se incluye salud- operando de manera desarticulada tienden a re-victimizar a la población que ha sido victimizada en el marco del conflicto, pues no están dispuestos para atender a sus necesidades concretas y contextualizadas social, económica y culturalmente. Se identificó la falta de capacidad técnica para evitar establecer diagnósticos que etiqueten patológicamente de forma permanente y que, en algunos casos, puedan inducir a tratamientos inadecuados o inducir a repertorios comportamentales no correspondientes con afectaciones relacionadas con los hechos victimizantes.

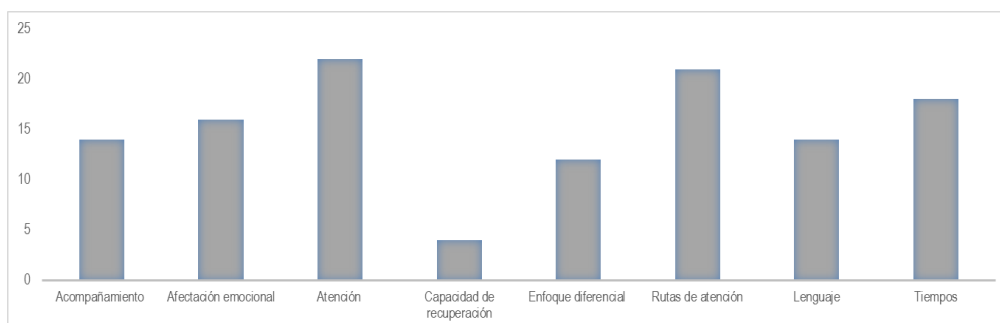
La falta de capacidad técnica identificada está asociada también a la falta de conocimiento práctico sobre la dinámica de interacción intersectorial que implica la atención en salud de población víctima. Esta falta de conocimiento de los recursos institucionales facilita que no haya un proceso de seguimiento en la atención en salud mental individual ni comunitaria.

La afectación emocional fue central en las observaciones de los participantes. En el diálogo de saberes se señaló una discusión interna en el marco del PAPSIVI en cuanto a la falta de acuerdo en los porcentajes de población víctima que desarrolló trastorno psicológico, y citan informes producidos por Médicos Sin Fronteras (Tres veces víctima, ¿Qué pasó con Caperucita?) en los que se aportan elementos para señalar que un 3% de la población víctima tiene afectación en la salud mental es una subestimación de la problemática a nivel nacional.

Así mismo, el hecho victimizante y afectación emocional no siempre tiene una misma relación para todos los casos; la historia de vida, las capacidades individuales y los recursos familiares y comunitarios marcan diferencias en cada caso. En esta medida se resaltó la importancia del desarrollo de la técnica del tamizaje con la población víctima. La población infantil aparece como una que requiere especial acompañamiento en salud mental en tanto se enfrentan a hechos que potencialmente generan afectación en momentos críticos del desarrollo emocional y físico. Por ejemplo, los niños desvinculados de los grupos armados requieren especial atención.

Los participantes identifican que en términos generales no hay una atención en salud adecuada y oportuna, lo que incrementa la propensión de los pacientes a desarrollar afectaciones emocionales y físicas asociadas, a largo plazo. Por ejemplo se nombra el estrés postraumático como una afectación posible de prevenir en la medida que haya atención adecuada y oportuna. Finalmente, se señala que tanto la población víctima como los actores involucrados en la atención, suelen desconocer los recursos del SGSSS de atención diferencial.

Gráfica 2.1. Frecuencia de mención por categoría. Diálogo de Saberes con ONG

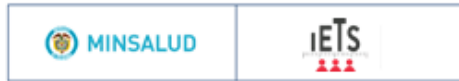


Como se ve en la Gráfica 2.1., de las categorías a priori la que tiene mayor frecuencia de menciones es “Atención” (22 menciones), debido a las dificultades identificadas en el SGSSS. Le sigue la categoría “Rutas de atención” (21 menciones), que básicamente es una serie de comentarios críticos sobre las rutas existentes hoy, y recomendaciones para la construcción del protocolo. Luego está “Recomendaciones” que se basa en lo mismo y más abajo están “Afectación emocional” (16 menciones), “Acompañamiento” (14 menciones), “Enfoque diferencial” (12 menciones) y “capacidad de recuperación” con apenas 4 menciones, lo que demuestra que no se dedicó mucho tiempo a describir en profundidad las situaciones concretas de la población víctima que es atendida y acompañada por estas organizaciones.

Las otras categorías planteadas a priori no fueron desarrolladas durante el Diálogo de saberes, por lo que no han sido tenidas en cuenta para este análisis, dando espacio a otras categorías emergentes durante la discusión. Se incluyen entonces las categorías de “Tiempo” (18 menciones) y “Lenguaje” (14 menciones), que refieren quizás los elementos centrales, identificados por las organizaciones, para tener en cuenta en la construcción e implementación del protocolo.

Afectación física

Como se dijo, este diálogo no se concentró en identificar afectaciones físicas específicas sino que hubo un énfasis marcado en la categoría “Afectación emocional”, reconociendo que la falta de atención oportuna en salud mental en fases agudas de las afectaciones fácilmente puede derivar en afectaciones físicas en la población de víctimas. Sin embargo, se recoge una cita, referida a cómo en términos generales, los niños desvinculados del



conflicto armado muestran cicatrices, amputaciones y un nivel de discapacidad importante. En los indicadores de salud los niños víctimas de violencia sexual reportan mayor número de enfermedades de tipo crónico, mientras que los niños víctimas de minas antipersonales, reportan más cicatrices, amputación, y discapacidad, y los niños huérfanos presentan cicatrices en menor intensidad que los anteriores.

Afectación emocional

Las afectaciones emocionales referidas por los participantes fueron escasas e hicieron referencia al trauma de forma general. Con mayor referencia los participantes hacen alusión a el estrés agudo y estrés postraumático derivados a hechos victimizantes vividos por la presencia en hechos de conflicto como bombardeos y amenazas. Así mismo hacen referencia a la esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno obsesivo compulsivo asociados a eventos victimizantes no tratados oportunamente. En tanto resultó ser una población de relevancia con respecto a las afectaciones emocionales se identificó que los niños desvinculados presentan afectaciones severas en su autoestima, muestran fuertes preocupaciones por la muerte y la salud, se evidencia en ellos capacidad de sentir infelicidad producto de dificultades de una adecuada regulación emocional.

Capacidad de recuperación

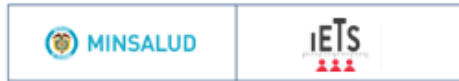
De acuerdo con los participantes, el deber de la institucionalidad es desplegar todos los esfuerzos necesarios para garantizar una respuesta oportuna como medida de prevención frente a potenciales mayores afectaciones, y que esté adecuada a las necesidades particulares de la población víctima.

El proceso de atención en salud mental requiere de un seguimiento clínico individualizado, así como de planes de intervención desde la salud ocupacional. También se señaló el papel positivo del fortalecimiento de las redes comunitarias en función del aumento de la capacidad de recuperación.

Acompañamiento

Los participantes se refirieron, con un total de 14 menciones, a las experiencias de acompañamiento desarrolladas por las organizaciones que representaban, así como a otras experiencias de acompañamiento de las cuales tenían conocimiento indirecto. En general es posible decir que sobre la categoría de acompañamiento las intervenciones estuvieron dirigidas a emitir recomendaciones y se presentan de forma sintética a continuación.

Se resaltó la necesidad de tener una visión holística de las características de las comunidades afectadas colectivamente y de las cuales son parte las personas víctimas en el momento actual del acompañamiento. La visión holística de las comunidades, correspondiente con una mirada y abordaje biopsicosocial en el acompañamiento, también se asoció, en este caso, al conocimiento de la disponibilidad de recursos intersectoriales para la atención en salud. La configuración de una adecuada respuesta intersectorial está



asociada con el conocimiento de los roles que deben cumplir en el proceso de acompañamiento las distintas expresiones institucionales presentes.

En relación con la respuesta adecuada a las necesidades de las víctimas se identificó una tensión entre las visiones de lo adecuado que resulta la atención clínica individualizada en contraposición de la intervención psicosocial comunitaria. Quedó en evidencia la importancia del conocimiento del contexto del medio social por parte de los profesionales en salud mental para crear estrategias basadas en la identificación de la pertinencia de un tipo de intervención frente a otro, o la pertinencia de la complementariedad de estas. En todo caso, el reconocimiento del papel del grupo familiar del paciente resulta fundamental en todo proceso de acompañamiento psicosocial.

En el caso de las víctimas es relevante el tema de la re-victimización en el proceso de seguimiento. En la medida que se presente re-victimización la adherencia y seguimiento a los tratamientos se ve amenazado por el “no regreso” por parte de las víctimas. Para efecto de un mejor acompañamiento fue claro que es deseable el mayor número de sesiones (colectivas o individuales) de intervención posibles en la psicoterapia, en la forma que se proyecte, no debe estar orientada en la reconstrucción de hechos para su trámite sino debe estar dirigida a la elaboración de un proyecto de vida que asuma la condición de víctima pero que sea proyectivo en las etapas vitales por venir.

Atención en salud

Al igual que con la categoría de "Acompañamiento", sobre la atención en salud los participantes aportaron principalmente recomendaciones más que a casos concretos desde sus experiencias de trabajo. Seis temas fueron centrales en este punto y se presentan según la prioridad en frecuencia de intervención.

El primero es la relación entre trabajo comunitario y atención clínica: los participantes recomendaron trascender el modelo clásico de atención clínica por un modelo que considere el contexto territorial y comunitario de las víctimas, y que explore el potencial complementario de la intervención comunitaria con la atención clínica individual.

También se mencionó la necesidad de establecer un sistema de atención en salud mental en el nivel primario, con el fin de facilitar las condiciones de emisión y reconocimiento de signos de alarma. La atención primaria salud mental es necesaria para evitar la patologización de los pacientes, así como para y fortalecer la perspectiva diferencial en función de las características culturales de las personas víctimas y en función de las realidades que delimita la ubicación geográfica concreta.

El tercer aspecto desarrollado en la categoría de atención en salud, y con fuerte frecuencia en las intervenciones, tiene que ver con la capacitación en salud mental a los profesionales en salud que atienden directamente a las víctimas. Fue relevante en el Diálogo la necesidad de que los profesionales y técnicos involucrados cuenten con un mínimo conocimiento de



las responsabilidades misionales de los sectores involucrados en el SSGS, así como las capacidades necesarias para una adecuada atención especialmente en términos de no re-victimizar en los procesos de atención y acompañamiento. Es claro que, a partir de la experiencia de los participantes, el hecho de que a las víctimas les toque repetir su historia en el marco de las distintas interacciones institucionales es una forma concreta y frecuente de re-victimización.

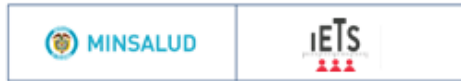
Como cuarto aspecto relevante fue la necesidad de reconocer el origen territorial y cultural, así como los contextos en los cuales están inmersas las personas que han sido victimizadas. Este reconocimiento en la atención y acompañamiento del proceso de recuperación ayudaría a evitar la deserción, de la cual pareciera haber una fuerte propensión por las condiciones socioeconómicas de esta población. Como quinto aspecto se mencionó la necesidad de trabajar por demanda inducida, es decir, a partir del hecho demostrado de que las víctimas frecuentemente tienen miedo o prevención de hablar de su historia, y por lo tanto el sistema de salud no los puede identificar como víctimas, la apuesta por la demanda inducida se orienta en la búsqueda activa de personas víctimas con necesidades de atención en salud. En ese sentido se recomendó que para la construcción del Protocolo se identifique y se plasme la oferta estatal actual en atención en salud.

Como sexto asunto, se señaló la importancia de un enfoque transformativo que cambie la perspectiva metodológica de la reelaboración del trauma, prioritariamente en la población de niños, niñas y jóvenes. Se recomendó desarrollar una atención con estrategias diferenciales para la atención de las afectaciones de niños, niñas y jóvenes víctimas que reconozca las transformaciones críticas en sus momentos de curso vital.

Enfoque diferencial

Ante la pregunta por el tipo de atención diferencial que deben recibir las personas que han sido victimizadas en el marco del conflicto armado, la respuesta más común fue que no es posible enfocar el Protocolo hacia la estandarización. De una parte, las afectaciones no responden de manera automática a los hechos que las causaron, sino que cada persona tramita esto de modos diversos. Además, las capacidades emocionales particulares de los pacientes determinan las necesidades concretas durante un tratamiento, para su propia recuperación, siempre en relación con su propio contexto (grupo familiar, grupo social).

De ahí que se insista en la necesidad de capacitar muy bien a los profesionales de la salud que implementarían el Protocolo en los territorios, pues ellos deben estar en capacidad de hacer un proceso reflexivo sobre las necesidades particulares de sus pacientes. También se insistió, una vez más, en la obligación del Estado de ofrecer una respuesta oportuna y adecuada a las necesidades de las personas victimizadas, pues de acuerdo con un participante, es necesario ofrecer a las comunidades victimizadas experiencias que les permitan afrontar situaciones agudas y luego desarrollar un cuidadoso seguimiento orientado a la transformación y superación del trauma. Para este fin es de vital importancia hacer una evaluación del contexto del paciente.



Con contexto, los participantes refirieron las diferencias territoriales que pueden tener las diferentes víctimas, pero también las diferentes posibilidades de acceso a la atención en salud. Esto incluye infraestructura institucional para la atención, dinámicas diferenciadas del conflicto, niveles de pobreza, pero también diferencias étnicas y culturales (grupos indígenas, afrocolombianos y comunidades campesinas).

Rutas de atención

Se puede decir que en lo relativo a rutas, hay una reiteración sobre los temas que ya han sido mencionados. En primer lugar se plantea –de manera casi unánime- que las barreras estructurales del SGSSS impiden una buena implementación de un nuevo Protocolo. De acuerdo con las personas que participaron, las rutas existen y es necesario hacer una revisión de estas antes de crear nuevas rutas, pues es necesario aterrizar los protocolos a los territorios. En ese sentido se señala la importancia del lenguaje (ver “Lenguaje”) de manera que sea comprensible por todos los actores que participan de su aplicación en los territorios, teniendo en cuenta también que este protocolo debe estar dirigido a municipios de categorías 5 y 6, no al ámbito urbano y central.

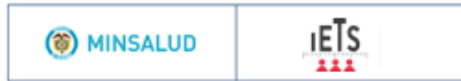
También se insiste en las rutas sean intersectoriales para dar mejor atención a las víctimas y evitar re-victimización, pero la ruta debe ser muy clara en cuanto a corresponsabilidad de los diferentes sectores, pues la atención de la morbilidad no es suficiente. Finalmente se señala la importancia de describir muy claramente las diferentes fases de atención (ver "Tiempo"): diagnóstico, tratamiento y seguimiento en las diferentes fases (aguda, avanzada, problemas crónicos, desarrollo de patologías).

Para esto se proponen dos elementos centrales: el primero es la “demanda inducida”, para detección de las personas que son víctimas y que requieren atención, así como para el seguimiento y control de la deserción durante el tratamiento. El segundo es poner la salud mental en el primer nivel de atención, para manejar diversas situaciones de baja complejidad, que más adelante pueden pasar a ser de alta complejidad, aplicando una lógica de prevención. Además, una vez más, se considera que la atención debe estar orientada a la transformación y así, la ruta debe contemplar la salida del sistema.

Lenguaje

Como se mencionó más arriba, aparecen dos categorías centrales, sobre las cuales los participantes fueron enfáticos durante todo el Diálogo. Aunque como se percibe, hay otras categorías emergentes que se han mencionado de manera transversal, estas dos se resaltan pues aparecen como posibles alternativas para solucionar algunas de las dificultades identificadas en el SGSSS y las rutas de atención a víctimas que existen actualmente. La primera categoría es “Lenguaje”, referida a cómo debe estar escrito el Protocolo.

En su mayoría, los participantes estuvieron de acuerdo en que el protocolo debe estar escrito en un lenguaje elemental, que pueda entender cualquiera de los actores



involucrados en la atención en salud a víctimas, pero también debe trascender esto, pues según dijeron algunas personas, específicamente este protocolo debe estar dirigido a los usuarios también, quienes asisten a un proceso de reparación para la restitución de sus derechos como ciudadanos y ciudadanas. Por eso, además, el Protocolo debe dirigirse a la ciudadanía que debe conocer para hacer valer sus derechos. Además, la comprensión por parte de pacientes es importante para evitar o reducir la deserción durante los tratamientos.

Por eso el Protocolo debe socializarse en los territorios y debe ajustarse a las realidades locales y concretas de estos. Por ejemplo, debe ajustarse a los grupos étnicos y culturales que los habitan, debe ajustarse a sus lenguajes diversos en lo relativo a las necesidades en salud. Finalmente, el Protocolo debe propender por una atención humanizada, con enfoque psicosocial, que reconozca los contextos tanto como las características particulares de los pacientes y también de los profesionales de la salud que los atenderán, quienes deben estar capacitados para enfrentarse a situaciones traumáticas; el Protocolo debe tener, como cualquier otra ruta de atención a las víctimas, un enfoque de Acción sin daño.

Tiempo

La categoría “Tiempo” se refiere a tres elementos que fueron centrales durante el Diálogo: el acceso, la atención primaria y el seguimiento al tratamiento. En primer lugar el acceso, se habló de la necesidad de reducir los tiempos en asignación de citas (una deficiencia estructural del SGSSS), de fortalecer la atención oportuna para prevenir que afectaciones que pueden ser simples, deriven en otras más complejas. Además, que el acceso a salud para víctimas debe contemplar los tiempos y costos para el acceso físico en las zonas afectadas por el conflicto, reconociendo que en términos generales (no en todo), se trata de municipios pequeños, con muy poca infraestructura y predominantemente rurales.

El segundo elemento es la atención primaria. Además de una respuesta oportuna, entre la mayoría de participantes hubo consenso sobre la necesidad de tratar la salud mental en el primer nivel de atención, que muchas veces puede presentar baja complejidad durante la fase aguda. Este es un elemento diferencial que permite enfocar la atención hacia la prevención, aún reconociendo que muchas de las víctimas no acceden al sistema en la fase aguda. De ahí la importancia de hacer una presencia permanente en los territorios, por ejemplo a través del PAPSIVI (que hoy día tiene una presencia intermitente, lo cual es una dificultad).

El tercer elemento es el seguimiento. Como se ha mencionado antes, la ruta debería contemplar diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Este último debe responder a las características particulares del paciente y debe estar orientado a evitar la deserción previa a la rehabilitación o recuperación. Hacer énfasis en el seguimiento es también reconocer que la continuidad en el proceso tiene un impacto sobre la comunidad de referencia para los pacientes.



3. Conclusiones

Como se ve en los dos diálogos, hay una incidencia más fuerte e importante de afectaciones en la salud mental (en víctimas afectaciones emocionales), sobre los daños o afectaciones físicas. Por esto, se manifiesta la necesidad de fortalecer el acompañamiento comunitario, una atención en salud que tenga en cuenta los contextos sociales, económicos y culturales de provienen las víctimas (además, si son desplazados, tener en cuenta contexto de origen y contexto actual).

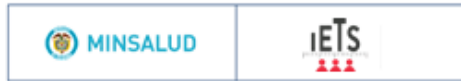
Por otra parte, es claro que si bien la atención en salud se hace de manera individual, en ningún caso los daños y afectaciones a la salud tienen impacto exclusivo sobre los individuos. Como se hizo evidente en el diálogo con víctimas y se trató de manera tangencial en el diálogo con ONG, cualquier afectación tiene un impacto sobre la familia de la víctima, así como sobre su comunidad de referencia. Así mismo, en los procesos de recuperación participan activamente tanto la familia como la comunidad, y en cierta medida tienen incidencia sobre el proceso de rehabilitación y o recuperación.

Si bien para la víctimas es difícil establecer una relación directa entre su estado de salud y los hechos por los cuales han sido victimizados, hay ocasiones donde se mencionó explícitamente, por eso se recogen en este informe dentro de la categoría de “Causalidad manifiesta”. Sin embargo, es importante resaltar que no se puede establecer una relación directa de causalidad entre hechos victimizantes y afectaciones, pues la afectación varía de acuerdo al tiempo transcurrido, el contexto dónde y cómo ocurrieron los hechos, pero también de acuerdo a la personalidad e historia particular (familiar, por ejemplo) del paciente.

Por eso, la ruta no debería organizarse de acuerdo a los hechos victimizantes, sino a la posibilidad y flexibilidad para incentivar, reconocer y atender las necesidades particulares de las víctimas, teniendo en cuenta el contexto así como los grupos de referencia (familia, comunidad). Además, la ruta debe diseñarse con la flexibilidad suficiente para atender a grupos étnicos y culturales diferenciados, de manera que no se encuentre un choque sobre cuál es la concepción de salud y enfermedad, ni sobre los mejores tratamientos, entre otros elementos. Es importante que la ruta se abra a la inclusión de saberes diversos para una mejor atención.

Esto supone en primer lugar contar con personal capacitado en la atención a víctimas, pues de acuerdo con las mismas víctimas así como con las ONG se requiere urgentemente un trato humanizado por parte de los profesionales de la salud involucrados en la atención a víctimas.

Del análisis presentado anteriormente se desprenden algunos elementos que se recogen a continuación: la necesidad de reconocer y hacer un anclaje *territorial* del protocolo, que reconozca los contextos y los grupos sociales de referencia para los pacientes; poner el protocolo en un *lenguaje* asequible para la ciudadanía en general y diseñarlo de tal modo



que permita la interpretación a partir de *saberes propios* de las comunidades; la ruta debe tender hacia la *intersectorialidad*, o por lo menos contemplar una acción articulada de parte de la amplia oferta estatal. Si bien esta es una observación que rebasa los alcances del Protocolo, se incluye por la insistencia con que fue señalado por parte de los participantes; la atención debe tender cada vez más, a estar basada en un trato humanizado desde una perspectiva de la Acción sin daño.

Para terminar, en el protocolo se deben tener en cuenta las dificultades estructurales para el *acceso* a servicios de salud, y aunar esfuerzos para reducir estas dificultades, que son de las primeras barreras para garantizar el acceso efectivo de la población victimizada. Además, en el ánimo de diseñar una ruta de *atención diferencial para las víctimas*, se debe contemplar la posibilidad de tratar la salud mental en la *atención primaria*, entendiendo que se hace como atención de baja complejidad. Esto implica enfocarse en lo *preventivo*, ya que por la fuerte incidencia de afectaciones en la salud mental, esto puede derivar en patologías más complejas con el paso del tiempo, cuando no se ha tratado oportunamente. Y también es necesario fortalecer el *seguimiento* a los procesos de recuperación y rehabilitación.