



## **POLÍTICAS DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL VALLE DEL CAUCA Y EN CALI, COLOMBIA**

Preparado por Diana Patricia Quintero y Carol Palau del Grupo de Acciones Públicas de la Universidad Icesi de Cali<sup>1</sup>; con el apoyo de Sara Hoffman practicante de la Universidad de Minnesota, los estudiantes del GAPI Juan Fernando Urriago, Martha Agudelo y Andrés Quiñonez, y la colaboración de funcionarios de la Secretaría de Salud de Cali, y de los hospitales municipales (ESES); así como de los profesores de psicología de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de Icesi, Ximena Castro y Omar Bravo.

### **I. INTRODUCCIÓN**

Este informe se centra en determinar los avances, las dificultades y/o barreras de acceso que enfrentan los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) en situación de desplazamiento, respecto a la implementación de las políticas públicas aplicables a nivel local, y que impactan el objetivo de brindarles una atención integral, oportuna y eficiente en materia de salud mental y de rehabilitación psicosocial. En este sentido, el informe se refiere a las Medidas Especiales de Protección contenidas en los Artículos 22, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40 de la Convención sobre los Derechos de los Niños y brinda información sobre las preguntas 12 y 15 formuladas por el Comité al Estado Colombiano; en especial lo referente a las medidas tomadas para reducir las enfermedades mentales y para rehabilitar a las víctimas de desplazamiento por causa del conflicto armado, frente a hechos que afecten su bienestar psicosocial. Las respuestas dadas por el Estado colombiano a estas cuestiones son insuficientes y generales; pero su mayor dificultad radica en el hecho de que no brindan información sobre la problemática en el contexto local. El Departamento de Valle<sup>2</sup> y la ciudad de Cali<sup>3</sup>, sobre los que tratará este informe, son reconocidos por las autoridades locales como una de las zonas de mayor recepción de personas desplazadas por la violencia en todo el país; y por la administración central como modelos de atención a la población víctima, lo que muestra su utilidad para entender la realidad vivida por los NNA desplazados en el país.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> El GAPI es una clínica jurídica de derechos humanos e interés público que desde 2008 brinda asesoría jurídica individual y acompañamiento a procesos colectivos de reclamación de derechos socioeconómicos a comunidades vulnerables; entre ellos a personas y organizaciones de personas desplazadas por la violencia.

<sup>2</sup> El Departamento del Valle del Cauca cuenta con 4.520.593 habitantes, de los cuales 291.564 son víctimas del conflicto armado. Registro Único de Víctimas con corte de Septiembre de 2012, Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020. Estudios Postcensales No. 7 ISBN 978-958-624-078-9. Bogotá- Colombia. DANE. 2009

<sup>3</sup> La ciudad de Cali cuenta con un total de 2.344.703 habitantes y un total 158.827 víctimas del conflicto armado. Página de Planeación Municipal <http://planeacion.cali.gov.co/dapweb/>, 26 de Noviembre de 2014.

<sup>4</sup> Los datos de la Red Nacional de Información de la Unidad de Víctimas evidencian que el occidente colombiano es la región con más eventos de expulsión durante el último año; destacándose un 15,1% en el Departamento del Valle del Cauca. Este Departamento durante el 2013 registró la expulsión de 17.468 víctimas y la recepción de 36.621 víctimas del conflicto, presentándose un incremento de un año a otro del 14,5%.

## **II. METODOLOGÍA**

Para la recolección de información acudimos a cuatro tipos de fuentes:

1. Entrevistas estructuradas a víctimas de desplazamiento forzado, padres de NNA desplazados.
2. Asistencia a foros de salud mental, y a la Audiencia Pública de seguimiento a la política pública para víctimas del conflicto armado en Cali 2013 – 2014, convocada por la Personería Municipal de Cali; con la participación de altos funcionarios del Municipio de Cali (Secretarios de Despacho del Alcalde), de miembros del Centro de Memoria Histórica, de la Unidad Nacional de Víctimas, de organizaciones sociales, y de líderes representantes de víctimas de la región.
3. Entrevistas a funcionarios públicos de la Gobernación Departamental y de la Alcaldía Municipal, vinculados directamente con la atención psicosocial de las víctimas; incluyendo directivos de centros prestadores o Empresas Sociales del Estado<sup>5</sup> (ESEs), y académicos psicólogos que brindan atención psicosocial a víctimas.
4. Sistematización de evaluaciones a la situación de la población desplazada realizadas por la Corte Constitucional en el proceso de seguimiento a la sentencia T-025 de 2004 (estado de cosas inconstitucional). Documentos de seguimiento elaborados por la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República; así como información proveniente del Ministerio de Salud y de Protección Social, y de la Unidad de Víctimas.

A partir de esta información construimos una narrativa sobre dos recomendaciones formuladas por el Personero de Cali en la Audiencia arriba mencionada: la necesidad de avanzar en la articulación Nación-territorio, para mejorar la capacidad de atención a las víctimas, siendo esta una de las mayores limitaciones de la política pública diseñada para este fin. Y la necesidad de hacer efectivo el enfoque diferencial (entre los que se destaca el enfoque por edad) en los programas de atención a esta población. En lo que sigue se explicitarán las situaciones problemáticas en las que el Estado podría contribuir a la corrección de estos dos aspectos, de tal manera que los enormes recursos económicos y de personal desplegados a nivel nacional y local logren un mayor impacto en beneficio de los NNA desplazados con necesidades de prevención y tratamiento de afectaciones a su salud mental.

## **III. NECESIDAD DE MAYOR ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL (NACIÓN – TERRITORIO)**

Una forma básica de lograr la articulación es ofrecer a las víctimas y a quienes contribuyen a su rehabilitación información oportuna, adecuada y eficiente para la toma de decisiones y para el acceso a los servicios disponibles. Sin duda el Estado, el Departamento y el

---

<sup>5</sup> Son instituciones prestadoras de servicios de salud que en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) tienen la función de prestar los servicios en el respectivo nivel de atención a los afiliados y beneficiarios de los distintos regímenes en los que se divide el sistema. Estos prestadores del nivel municipal tienen personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio. Artículo 195 de la Ley 100 de 1993. En Cali hay ESE Centro (comunidades 8, 9, 10, 11 y 12), Oriente (comunidades 13, 14, 15 y 21), Ladera (comunidades 1, 3, 17, 18, 19 y 20), Norte (comunidades 2, 4, 5, 6 y 7), y Sur Oriente (comuna 16).

Municipio vienen trabajando en este sentido;<sup>6</sup> por ejemplo, se resalta la creación en Febrero de este año de un Subcomité de Sistemas de Información, la realización por la Unidad de Atención a Víctimas de 183 capacitaciones a funcionarios públicos dedicadas a este tema,<sup>7</sup> la formulación de medidas correctivas a las falencias encontradas en los sistemas de registro de información disponibles, entre otros.<sup>8</sup> También, los organismos de control como la Personería contribuyen a propiciar información útil sobre el número y situación de los niños víctimas del desplazamiento.<sup>9</sup> Sin embargo, el informe de la Defensoría de 2014 señala que: “Persisten los problemas de coordinación nación-territorio en la mayoría de los municipios y departamentos del país, especialmente i) frente a los requerimientos de las víctimas ya que no siempre está garantizado el acceso a la información; ii) las administraciones locales no entregan la información solicitada por las víctimas”.

Una primera dificultad de la articulación es la pluralidad de sistemas de información disponibles, entre los que no es posible hacer cruces de información: ejemplos de estos son los sistemas VIVANTOS<sup>10</sup>, JUNTOS<sup>11</sup>, EPSICO<sup>12</sup>, SIPOD<sup>13</sup>, POSI<sup>14</sup> y el RUV.<sup>15</sup> Además, las bases de datos que comparte la Unidad de Víctimas con las entidades estatales del Municipio Santiago de Cali se encuentran desactualizadas, ofrecen información de 2012. Sobre este aspecto ya la Corte Constitucional ha llamado la atención al gobierno en repetidas ocasiones, mediante Autos de seguimiento a la Sentencia T-025 de 2004, números 011 de 2009, 383 de 2010, 219 de 2011 y el 235 de 2013, en los que ha establecido la necesidad de desarrollar sistemas de información articulados, y de facilitar el intercambio de bases de datos entre las diferentes entidades estatales.

Un segundo asunto problemático en la relación Nación-Territorio se da en la coordinación de entidades y responsabilidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación

---

<sup>6</sup> Los sistemas de información son un componente de la política pública para la prevención, protección, atención, asistencia y reparación integral a las víctimas y se describen como “las acciones encaminadas a desarrollar el Registro Único de Víctimas (RUV) y la Red Nacional de Información (RNI) como elementos transversales de componentes de la política”. Tomado del mapa conceptual de la Política, publicado por la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

<sup>7</sup> Defensoría del Pueblo y otros, Primer Informe al Congreso de la República 2013-2014, Bogotá, 2014, p. 106

<sup>8</sup> Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, informe dirigido a la Corte Constitucional, del 8 de Mayo de 2012.

<sup>9</sup> De acuerdo a la Personería Municipal de Cali, los NNA son el mayor número de víctimas de desplazamiento asentadas en Cali, el 35,9% del total, siendo 42.581 personas. Informe ejecutivo situación de la población víctima del conflicto armado en la ciudad de Cali 2013-2014

<sup>10</sup> Sistema de información cuyo objetivo es integrar el ciclo de atención a las víctimas, en el cual se puede obtener información sobre datos de identificación, ocurrencia del hecho victimizante, estado de la víctima en el RUV, entre otros. Unidad Para la Reparación Integral a las Víctimas. Informe de avance sobre el registro, los sistemas de información y la caracterización de la población desplazada y la medición de indicadores de goce efectivo en respuesta al Auto 235 de 2013, Bogotá, 2013, p.61 .

<sup>11</sup> JUNTOS cuenta con el sistema de información INFOJUNTOS que tiene como objetivo fundamental mantener información sobre los servicios prestados por las diferentes entidades colaboradoras en la estrategia. Ministerio de Salud y Protección Social, <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/SistemasdeInformaci%C3%B3ndeJUNTOS.aspx>, 20 de Noviembre 2014

<sup>12</sup> Herramienta psicosocial que permite la caracterización de personas en situación de desplazamiento. Secretaría de Salud Municipal, Informe de reunión con el GAPI, Cali, Septiembre de 2014.

<sup>13</sup> Sistema de información de personas en situación de desplazamiento, actualmente se utiliza para consultas en años anteriores al 2012. Unidad Para La Atención y Reparación Integral a las Víctimas, Informe Nacional de desplazamiento forzado en Colombia, 1985 a 212, Bogotá, 2013, p. 7

<sup>14</sup> Plan operativo de sistemas de información. “Es el conjunto de procesos y actividades diseñados para garantizar la interoperabilidad y el flujo eficiente de la información”. Unidad de Víctimas, Informe de avance sobre el registro, los sistemas de información y la caracterización de la población desplazada y la medición de indicadores de goce efectivo en respuesta al Auto 235 de 2013, Bogotá, 2013, p. 72

<sup>15</sup> Es una herramienta administrativa que tiene como propósito la identificación de la población que ha sufrido daños en los términos del artículo 3° de la Ley 1448 de 2011 y de sus necesidades. Artículo 16 Decreto 4800 de 2011.

Integral a Víctimas SNARIV.<sup>16</sup> Las víctimas entrevistadas expresaron que las responsabilidades entre las diferentes instituciones son difusas y la ruta de reparación integral para NNA es incompleta y de difícil comprensión. El informe de seguimiento de 2014 de la Defensoría confirma lo señalado por la Corte mediante Auto 099 de 2013, al afirmar la lentitud en la ejecución del tránsito de las nuevas responsabilidades para las entidades territoriales, en el marco de la Ley 1448 de 2011. Sin duda a esto contribuye la pluralidad de Planes y Programas para atención de víctimas, entre los que existen por ejemplo el i) *Plan Nacional Para la Atención Integral de las Víctimas (PNARIV)*, ii) *El plan de desarrollo*, iii) *El Plan de acción*, iv) *El Plan Integral Único*, v) el *Plan de Atención, Asistencia y Reparación Integral (PAARI)*<sup>17</sup> vi. El *Programa de Atención Psicosocial y Salud integral para víctimas (PAPSIVI)*,<sup>18</sup> vii) *El Programa de Cero a Siempre* del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), incluido en la respuesta del Estado al Comité<sup>19</sup> que en compañía de la Unidad de Atención Especial para la Reparación Integral a Víctimas del conflicto (UAERIV) han construido la *ruta de reparación individual para NNA*.

Un tercer y último problema en la articulación se expresa en que las políticas nacionales separan el componente de salud mental de los programas de rehabilitación psicosocial para la población desplazada.<sup>20</sup> Esto refuerza el viejo modelo de la salud mental enfocado en el trastorno, separado de las condiciones materiales y sociales de vida de los sujetos afectados o en riesgo.<sup>21</sup> Es cierto que la salud mental ha sido recientemente regulada, solo en 2013 ha sido expedida la ley 1616 o ley de salud mental; de la que aún no se ha producido su reglamentación. Por el contrario, el Ministerio por mandato de la ley 1448, artículo 137, asumió la responsabilidad de diseñar e implementar un programa de atención psicosocial y salud integral para víctimas (PAPSIVI). Este programa ha tenido avances significativos impulsados a nivel nacional por el Ministerio y en la ciudad de Cali por la Secretaría de Salud; en tanto se viene caracterizando la población, se ha definido la ruta de asistencia en salud como reparación (en sus ejes individual, familiar grupal y comunitario), y se han invertido recursos significativos en su diseño e implementación.<sup>22</sup> A pesar de estos

---

<sup>16</sup> Está constituido por un total de 47 entidades, divididas entre entidades públicas del nivel gubernamental en los órdenes nacionales y territoriales y demás organizaciones públicas o privadas que se encargan de formular o ejecutar los planes, programas, proyectos y acciones específicas, para la atención y reparación integral de las víctimas". Página de la Unidad Para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, <http://www.unidadvictimas.gov.co/index.php/en/acerca-de-la-unidad/snariv>, 20 de Noviembre de 2013.

<sup>17</sup> Este instrumento permite identificar las necesidades y capacidades de los hogares víctimas en cada una de las medidas. Una vez identificadas las necesidades se generan solicitudes administrativas con el fin de facilitar el acceso a la oferta institucional vigente.

<sup>18</sup> Programa a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con las entidades territoriales y con las entidades del SNAIPD ahora SNARIV, que tiene como objetivo atender las necesidades en salud de las víctimas del conflicto armado. Página del Ministerio de Salud y Protección Social. [http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas\\_PAPSIVI.aspx](http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx), 24 de Noviembre de 2013.

<sup>19</sup> Es una entidad del estado colombiano, que trabaja por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia. El ICBF con sus servicios brinda atención a NNA y familias, especialmente a aquellos en condiciones de amenaza, insolvencia o vulneración de sus derechos. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/EIInstituto>, 20 de Noviembre 2013.

<sup>20</sup> El Enfoque psicosocial es definido "como una perspectiva que reconoce los impactos psicosociales que comprometen la violación de derechos en el contexto de la violencia en Colombia... Esta perspectiva privilegia las acciones tendientes a reparar la dignidad humana, generar condiciones para la exigencia de derechos, y devolver a estas personas y comunidades la autonomía y el control sobre sus vidas y sus historias"... Ministerio de Salud y Protección Social, Programa de Atención psicosocial y salud integral a víctimas, Junio de 2013.

<sup>21</sup> En oposición a esto la OMS viene reconociendo cada vez más el asunto de los determinantes sociales de la salud mental. Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta, Nota descriptiva No 220, Agosto de 2014 Organización Mundial de la Salud.

<sup>22</sup> Mediante oficio con radicado No 20141600075451 de mayo 26 de 2014, el Ministerio de Salud informó que los recursos destinados para la financiación del PAPSIVI provienen del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y ascienden a \$20 mil millones de pesos para el año 2013, para atender a 42.760 víctimas. Según niveles de atención, las metas a cumplir a nivel nacional, son: 42.760 planes de atención individuales, 1425 planes de atención/intervención psicosocial comunitaria y 8552 planes

avances, la implementación del componente psicosocial en cuanto a la atención en salud mental presenta varios inconvenientes en el Departamento del Valle y en el Municipio de Cali, tanto normativos como de capacidad institucional.<sup>23</sup> Entre los primeros se destaca el que la atención en salud mental se asigne al nivel 2 o de mediana complejidad (hospitales del orden departamental), de acuerdo a la Resolución 1441 de 2013 o norma de habilitación. Las ESEs (del nivel municipal) solo están facultadas para prestar servicios específicos en la materia si llenan requisitos especiales de calidad. En materia de capacidad institucional, en Cali solo hay dos Hospitales Públicos en este nivel, el Mario Correa Rengifo (comuna 18) y el Isaías Duarte Cancino (comuna 15), por lo que el Departamento ha contratado los servicios de atención psicológica con dos hospitales privados, el San Juan de Dios (comuna 3) y el Club Noel (comuna 3). Esta insuficiencia de personal se expresa en que el número de profesionales por comunas es muy bajo: en promedio dos psicólogos por comuna, más un estudiante practicante. Y en materia de atención psiquiátrica, el Departamento tiene un promedio de 60 psiquiatras para toda la población. A nivel municipal, a pesar de que las ESEs están encargadas de la atención de primer nivel, es decir, de baja complejidad, cuando acuden a ellas las víctimas con la finalidad de recibir atención psicológica las deben remitir a las EPS<sup>24</sup>; en donde la obtención de las citas puede tardar entre 3 y 4 meses. Es cierto que la Secretaría de Salud Municipal interviene ante las EPS en favor de los usuarios, mediante una dependencia en la Unidad de Atención, pero si la víctima no pasa por la unidad sus posibilidades de obtener una atención oportuna, adecuada y con enfoque diferencial se disminuyen. Esto constituye una inequidad inaceptable en el sistema de salud, en detrimento de personas con menor acceso a información institucional. Estas dificultades en la oportunidad de acceso a las atenciones médicas en salud mental han sido recientemente reconocidas en las mesas de atención psicosocial y salud mental de las víctimas.<sup>25</sup>

#### **IV. FALTA DE OPERATIVIDAD DE LAS NORMAS, LOS PLANES Y/O PROGRAMAS CON ENFOQUE DIFERENCIAL PARA NNA**

El enfoque diferencial por edad es una de las cuestiones que el Estado reconoce como prioritaria en sus políticas, y es un componente de la política nacional que obliga al Estado a ofrecer garantías y medidas especiales de protección a los grupos como los NNA, por su mayor exposición a violaciones de sus derechos. Precisamente, en la ley 1616 de 2013 se prioriza a los

---

de atención psicosocial familiares. Defensoría del Pueblo, Primero Informe al Congreso de la República 2013-2014, Bogotá, 2014, p. 106.

<sup>23</sup> Actualmente se cuenta con una ruta de atención psicosocial, que se brinda cuando la víctima declara por primera vez, esta atención perdura por el tiempo en que se determina su inclusión en el RUV. Por otro lado, se cuenta con la asistencia en Salud mental como medida de reparación, atención que se brinda a petición de la víctima una vez se encuentra registrada en el RUV, siendo esta última de la que se hace alusión en el presente documento. Alcaldía de Cali, [http://www.cali.gov.co/publicacruta\\_de\\_atencion\\_psicosocial\\_para\\_declarar\\_por\\_primera\\_vez\\_en\\_la\\_as\\_esa\\_de\\_paz\\_uao\\_pubiones/](http://www.cali.gov.co/publicacruta_de_atencion_psicosocial_para_declarar_por_primera_vez_en_la_as_esa_de_paz_uao_pubiones/), 01 Diciembre de 2014

<sup>24</sup> Entidades que "aseguran la población, son intermediarias y administradoras de los recursos que provee el Estado en forma de prima anual denominada unidad por pago de capitación UPC. Son de carácter público o privada y son las responsables de contratar toda la red de prestadores para garantizar la prestación del servicio de salud en cada entidad" <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/proteccionsocial/ArcGIS%2520Mapping%2520Configuration%2520Files/Funcionamiento%2520Sector%2520salud.pptx&action=default&DefaultItemOpen=1>, 25 de Noviembre de 2014.

<sup>25</sup> Informe de seguimiento realizado por las mesas de participación Departamental y Nacional en compañía del Ministerio de Salud y Protección Social, Septiembre de 2014.

NNA<sup>26</sup> y se asigna a este derecho a la salud mental la categoría de derecho fundamental,<sup>27</sup> para cuya protección el Estado deberá disponer todos los recursos y capacidades institucionales necesarias. A pesar de este positivo reconocimiento, el enfoque diferencial enfrenta dificultades para su implementación, que afectan de modo general a los desplazados y de manera especial a los NNA. Dentro de las primeras dificultades se encuentra el hecho de que la ley de salud mental en su artículo 13 estipula la necesidad de constituir una red prestadora de servicios integrada a los servicios generales de Salud de las entidades prestadoras, que incluya a los Centros de Salud Mental Comunitarios; como mecanismo para asegurar la completa recuperación del paciente. En el momento no existen ni en el Municipio ni en el Departamento este tipo de centros comunitarios; dado que hasta la fecha el enfoque de salud mental había sido hospital-céntrico, con prioridad de la figura del hospital psiquiátrico, centrado en el tratamiento individual del trastorno, y con énfasis en la medicación. En segundo lugar, en entrevistas realizadas con funcionarios del Departamento se expresó que dentro de estas entidades territoriales no se cuenta con una ruta especial en salud mental para NNA víctimas del conflicto armado; por lo que la ruta de atención que se les brinda es igual a la que accede cualquier niño que padece una problemática en salud mental, bajo un contexto diferente al del conflicto armado.

Actualmente la Resolución 5521 de 2013, por la cual se define, aclara y actualiza el Plan Obligatorio de Salud (POS)<sup>28</sup>, tiene en cuenta coberturas preferentes y diferenciales para menores de 18 años, con el objetivo de restablecer la salud mental y física de NNA víctimas de todo tipo de violencia.<sup>29</sup> Esta situación representa un gran avance normativo, pues la anterior disposición, Acuerdo 029 de 2011, no contemplaba coberturas especiales respecto atención psicológica y/o psiquiátrica para este tipo de población. De acuerdo a esto, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS)<sup>30</sup> no deberían abstenerse de proporcionar estos servicios a la población. Pero en la práctica son bastante conocidas las barreras de acceso a servicios especializados que enfrenta toda la población colombiana frente a las EPSs y su lógica de mercado.

En lo que atañe especialmente a NNA, la sentencia T-045 de 2010 reconoció las particularidades de la población víctima del conflicto desde contextos sociales, culturales y políticos, e instó a que los daños y las pérdidas causadas por el conflicto se evalúen también como sufrimiento emocional y moral que alteran el proyecto de vida. De acuerdo a esto, la Corte ordenó al Ministerio que en coordinación con las entidades encargadas de prestar los servicios de salud a nivel territorial y con las entidades del SNAIPD, diseñara e implementara 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

---

<sup>26</sup> Artículo 1 de la Ley 1616 de 2013

<sup>27</sup> Artículo 3 de la Ley 1616 de 2013.

<sup>28</sup> Lista de beneficios y tratamientos que corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/pos.aspx>, 20 Noviembre de 2014.

<sup>29</sup> Resolución 5521, Título IV, coberturas preferentes y diferenciales agrupadas por ciclos vitales para personas menores de 18 años, 2013.

<sup>30</sup> El secretario de Salud de Cali presentó un reporte a la Superintendencia de Salud por el gran número de quejas debido al mal servicio de las EPS. En el informe se evidenció que las EPS con mayor número de quejas son: Caprecom, Nueva EP y Coolsalud. Diario El País, <http://www.elpais.com.co/elpais/cali/noticias/61-aumentaron-quejas-por-mal-servicio-salud-prestan-eps-cali>, 25 de Noviembre de 2014.

exposición a eventos traumáticos desencadenados por la violencia sociopolítica en el país. Mediante Auto 251 de 2008,<sup>31</sup> la Corte Constitucional analizó detalladamente los derechos de los NNA víctimas del conflicto armado, centrando su atención a los planes implementados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) destinados a población desplazada, cuatro programas dentro de los cuales se encuentran las unidades móviles.<sup>32</sup> A estas unidades, de que trata la respuesta del Estado colombiano al Comité, la Corte las ha calificado como “loable esfuerzo” que enfrenta serias limitaciones para el cumplimiento de sus fines, tales como el número de profesionales que las conforman, los recursos a su disposición. A juicio de la Corte su presencia es más simbólica que real pues: *“pretender mediante estos modelos que un grupo muy limitado de profesionales atienda a miles de personas que se encuentran en situación vulnerable no es una solución sería ni respetuosa a la urgencia de las necesidades de la población desplazada”*.

Según la información suministrada por el ICBF, actualmente el Departamento del Valle cuenta con un total de 10 unidades móviles, de las cuales 5 son destinadas para la atención en el municipio de Buenaventura, 2 para el municipio de Cali, 1 para los municipios de Jamundí y Cali y las dos últimas para el resto de los municipios del Departamento. Los profesionales que integran cada unidad móvil son aproximadamente 9 personas, los cuales se dividen en: 4 profesionales psicosociales, 1 trabajador social, 1 nutricionista, 1 o 2 psicólogos y 1 antropólogo, sociólogo o abogado, esto dependiendo de la necesidad. Sobre el funcionamiento actual de este modelo de atención no fue posible obtener información, en parte porque no publican la información en su portal, y al igual que todas las entidades consultadas, exigen requisitos formales para la entrega de información que por ley es pública. A pesar de esto, al comparar los números de unidades disponibles con el número de víctimas del Departamento, es claro que hasta el momento no se han introducido los correctivos recomendados por la Corte. También es importante aclarar que aunque la ley 1616 ordena el establecimiento de equipos interdisciplinarios que puedan brindar y garantizar la prevención y atención integral, de conformidad con el modelo de atención, guías y protocolos vigentes<sup>33</sup> los psiquiatras no son formados profesionalmente con este tipo de enfoque psicosocial. Esta situación dificulta a su vez la articulación entre salud mental y atención psicosocial, ya mencionada, y es una muestra de que en ocasiones el diseño de políticas en salud en Colombia no parte del conocimiento de la realidad cultural en que éstas deberán implementarse.

---

<sup>31</sup> Establece: (i) El impacto Cualitativamente Diferencial y Agravado del Desplazamiento forzado sobre los menores de edad, (ii) Insuficiencia de la respuesta Estatal a la Ausencia de un enfoque diferencial de edad en la política pública de atención a la población desplazada, (iii) Desorganización de la Información sobre atención a población desplazada e incompatibilidad entre sistemas de información, (iv) Problemas de índole psicosocial- Respuesta del Estado por lo tanto, RESUELVE: **DECLARAR** que los NNA no son tratados de manera acorde con su status constitucional de sujetos de especial protección. **CONSTATAR** que la política pública de atención a la población desplazada carece de un enfoque integral de atención diferencial a NNA en situación de desplazamiento. **DECLARAR** que las autoridades colombianas están en la obligación constitucional e internacional de incorporar un enfoque integral diferencial de prevención y protección que responda a la realidad.

<sup>32</sup> “la integración de servicios especializados, desarrollados a través de los componentes de Acompañamiento Psicosocial; Apoyo Cultural y Educativo; Apoyo y Asistencia en Nutrición; Capacitación sobre Derechos, Programas del ICBF y Orientación Legal; y Promoción de la Convivencia Intrafamiliar, brindados por un grupo de profesionales de las áreas de Psicología, Nutrición, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Pedagogía, Sociología, Antropología y Artes, que presta la atención humanitaria oportuna directamente a la población en el lugar donde se encuentran los NNA y madres gestantes y lactantes para prestarles atención psicosocial en crisis, para ello gestionan, coordinan y realizan una articulación intra e interinstitucional a través del SNBF y SNAIPD orientada a crear condiciones para fases de estabilización socioeconómica y retorno cuyo objetivo es el restablecimiento de sus derechos vulnerados en razón al desplazamiento a causa del conflicto armado” informe emitido por el ICBF a la Corte Constitucional en el Auto 251 de 2008.

<sup>33</sup> Artículo 18 Ley 1616 de 2013.

Finalmente, en una de las entrevistas realizadas a las víctimas se describió una situación en el barrio Llano Verde, ubicado en el sur-oriente de Cali, donde se reubicó hasta finales de Octubre de 2013 a cerca de 470 familias desplazadas.<sup>34</sup> En este barrio no se construyeron dotaciones como centros de salud, centros educativos ni centros recreativos; lo que hace imposible a los NNA de este barrio el disfrute de una vida digna, en condiciones que les permita un desarrollo físico y psicológico adecuado. Las víctimas lo expresaron de la siguiente forma:

*“este lugar en parte es un moridero, porque pasa cualquier cosa y uno a qué hospital va a ir, si esto no tiene nada. Vienen a realizar vacunaciones, citologías o cualquier clase de citas y deben atender a los niños y las mujeres en la casa de algún vecino que la presta para que los médicos se hagan allí, donde todo el mundo lo ve a uno. Que digno va a ser todo esto”.*

## **V. RECOMENDACIONES**

Con fundamento en la información presentada rogamos al Comité se sirva incluir entre las recomendaciones que formulará a Colombia las siguientes:

1. Profundizar los procesos de articulación entre los sistemas de información y promover decididamente la transparencia entre las entidades del SNARIV, instando a las instituciones del orden nacional, departamental y municipal a facilitar a las organizaciones civiles y a las víctimas el acceso pronto y sin restricciones a la información pública disponible, a actualizar sus portales web, y a usar más recursos para depurar las bases de datos.
2. Pedir al Ministerio de Salud que integre los avances del PAPSIVI a la reglamentación de la ley 1616 en preparación; de tal manera que no haya duplicidad de funciones o de competencias sobre un mismo asunto relativo a los NNA desplazados, que impidan brindarles la atención prioritaria de que trata la ley en salud mental. Y en esta reglamentación prestar más atención a las especificidades culturales en que se piensa la salud mental en Colombia, y en especial la salud mental de los NNA. La ley, como se mostró en este texto, desconoce algunas de esas peculiaridades relativas a los centros de salud mental comunitario y al enfoque psicosocial de los servicios psiquiátricos, lo que afecta la aceptabilidad cultural del derecho a la salud.
3. Garantizar la utilización de recursos económicos significativos para la construcción de infraestructura de servicios de salud, y la contratación de personal especializado encargado de la atención diferenciada de NNA en materia de rehabilitación psicosocial; de tal manera que se refuerce el trabajo realizado por las unidades móviles pero que no sea la principal respuesta a las demandas en esta área. La alta vulnerabilidad de la población víctima infantil no se compadece con las condiciones de ausencia de centros de salud, de educación y de recreación en que vive gran parte de esta población en Cali; la situación descrita en Llano verde se reproduce en otros barrios de la ciudad, impactando negativamente la accesibilidad del derecho a la salud, tanto general como a la salud mental de los NNA desplazados. El vínculo interno entre los derechos socioeconómicos hace que una tal situación de desprotección

---

<sup>34</sup> Página de la Alcaldía Santiago de Cali, Secretaría de Vivienda Social. Cali.gov.co, 13 Noviembre de 2014.

comunitaria sea un determinante social de la salud al que debe prestarse mayor atención en los niveles central, departamental y municipal de nuestro país.