

EXPERIENCIAS DE MUJERES (CISGÉNERO Y TRANSGÉNERO) VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL MARCO DEL CONFLICTO ARMADO EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN MEDELLÍN⁴

Diana Cristina Sánchez Pérez y Gabriel Jaime Otálvaro Castro

Introducción

La reflexión sobre las experiencias que mujeres cisgénero y transgénero, como víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado colombiano, han tenido en la búsqueda de atención en salud mental en Medellín parte de indagar acerca de la respuesta institucional que se antepone al conflicto armado: ¿qué y cómo se oferta desde las entidades responsables en estos casos en específico a la población afectada? Para

4 El documento es un texto derivado de los resultados de la investigación “Atención en salud mental a mujeres y población LGBTI víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado, Medellín; posterior a la ley 1448/2011”, realizada por Diana Sánchez, bajo la dirección Gabriel Otálvaro. Maestría en Salud Mental de la Facultad Nacional de Salud Pública; Universidad de Antioquia.

la investigación de la que se deriva este documento se definió como objetivo general analizar la atención en salud mental, su normatividad, la respuesta institucional y la experiencia de mujeres y población LGBTI víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado; específicamente en la ciudad de Medellín posterior a la Ley 1448 de 2011. Para este fin se parte del objetivo específico, el cual es reconocer las experiencias de mujeres y población LGBTI víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado en relación con la atención en salud mental.

Es importante considerar tres elementos en el contexto actual. En primer lugar, existe un escenario de postacuerdo entre la guerrilla de las Farc-EP y el Gobierno nacional; en segundo lugar, está el reconocimiento a los derechos de las víctimas, marco en el cual prevalecen legítimas exigencias; y, tercero, debemos reconocer que hay avances normativos en las últimas dos décadas relacionadas con la atención de las víctimas, la salud mental y las disposiciones con enfoque de género desarrollados en el país. Sobre este último aspecto resaltamos la Ley 1448 de 2011, “Ley de Víctimas y Restitución de Tierras”, la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de salud y protección social –que determina un protocolo de atención a víctimas de violencia sexual–, la Ley 1616 de 2013 correspondiente a la salud mental, la Ley 1719 de 2014 por la cual se modifican algunos artículos de las leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones, y, por último, la Ley 1751 de 2015, es decir, la Ley Estatutaria en Salud. Dichos elementos han favorecido la amplia opinión respecto a los temas que se abordarán, y mayor investigación sobre la problemática del conflicto y la importancia de abordarlo.

Como bien se reportó en 2013 el Centro Nacional de Memoria Histórica y en 2015 la Comisión Histórica del Conflicto Armado y sus víctimas, debe tenerse presente que el país ha sufrido un histórico y complejo conflicto social, político y armado, lo cual ha generado diferentes modalidades de victimización en la población, de las cuales varias repercuten en la salud

pública del país. En Antioquia se han vivenciado fuertes luchas por el territorio, con variedad de actores y modalidades de violencia debido a los intereses económicos y políticos en la región, siendo uno de los departamentos con más del 70% de población desplazada, y su capital, Medellín, ocupa el segundo lugar entre las ciudades en el país receptoras de población desplazada (Personería de Medellín, 2014). Dentro de los repertorios de violencia presentes tanto en la ciudad como en el País, encontramos la violencia sexual, generalizada e invisibilizada en la sociedad. Esta práctica se ejerce de múltiples formas de manera sistemática, a su vez, y desafortunadamente, es un delito altamente desestimado debido a distintos estigmas, por lo que representa una alta tasa de impunidad. Se corresponde entre otras formas con el ejercicio de la esclavitud, la esclavitud sexual y la prostitución forzada, la trata de personas, explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, o cualquier forma de violencia sexual de gravedad comparable. Es decir que puede incluir violación, exámenes médicos inapropiados, registros corporales, e incluso prácticas como empalamientos. Dicha violencia en el conflicto es una práctica ejercida como acto de agresión, castigo y/o control territorial; por tanto, como bien anota Blair (2010), se considera un mecanismo de dominio, de ejercicio de poder.

Tanto las mujeres como los hombres han sido víctimas de violencia sexual en el conflicto, particularmente las mujeres son obligadas a ejercer tareas de cuidado, a tener relaciones afectivas y/o sexuales con actores del conflicto, son violentadas a causa de la participación política que pueden ejercer y el liderazgo que desarrollen en sus comunidades; además, la violencia sexual se identifica como antesala de desplazamiento forzado y feminicidios. Tal como lo evidencian las cifras de la campaña “Violaciones y otras violencias: saquen mi cuerpo de la guerra, 2010”, para el periodo 2001-2009 alrededor de 500.000 mujeres declararon ser víctimas del hecho. La misma campaña registró que para el periodo 2010-2015 existían 875.437 mujeres afectadas por violencia sexual.

En relación con la población LGBTI, más que un crimen de odio, la violencia sexual se observa como un mecanismo de normativización y

ejercicio de poder. El Centro de Memoria Histórica (2013) señala que el uso de la violencia sexual contra población LGBTI no solo es intolerancia social, sino que obedece a elementos del ejercicio del poder en medio del conflicto. De forma similar lo nombra el Secretario General Ban Ki-Moon en el informe de 2015 sobre violencia sexual relacionada con conflictos (Consejo de Seguridad Organización de Naciones Unidas, 2014). Así, las afectaciones por el conflicto, y específicamente por la violencia sexual, generan daño moral, sociocultural, político y una gran huella emocional, en especial en grupos poblacionales vulnerados como las mujeres y la población sexualmente diversa. Entre otras tantas dimensiones, dichas afectaciones requieren una atención en salud mental.

Debemos aquí anotar que al hablar de salud mental encontramos distintas concepciones como la de la Organización Mundial de la Salud, OMS (2013), que la plantea que la salud mental comprende un estado de la persona consciente de sus capacidades y el desarrollo en su comunidad; también está la concepción de la corporación Apoyo a Víctima de violencia sociopolítica pro Recuperación Emocional, AVRE (2008), quienes consideran parte de la salud mental las potencialidades, la visión de sí mismo y la interacción con otros, aspectos que a la vez inciden en la visión propia y del mundo. Está también la estipulada en la Ley de Salud Mental 1616 de 2013, que la define como un estado dinámico, expresado en el comportamiento y la interacción, que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos para transitar por la vida. Para la presente reflexión se concibe la propuesta de Martín-Baró (1984), quien habla de la salud mental como

una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos, más que un estado individual, aunque esa dimensión se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos [...] [Es] un problema de relaciones sociales, interpersonales e intergrupales, que hará crisis, según los casos, en un individuo o en un grupo familiar, en una institución o en una sociedad entera. [...] [Concibe] la materialización en una persona, del carácter humanizador o alienante de un entramado de relaciones sociales. (Martín-Baró, 1984, p. 7)

Teniendo presente las diversas afectaciones y la noción de salud mental que se expone, la atención brindada debe ser especializada, así como estar diferenciada en distintos niveles, modalidades y enfoques. Estas diferenciaciones deben hacerse, además, a nivel individual, grupal y comunitario, concibiéndola más allá de la noción de enfermedad mental, que permita abordarla de forma interdisciplinaria e intersectorial. Así, la atención en salud mental no solo implicaría atención por medio del sistema de salud ordinario, sino también el desarrollo de acciones por parte de otras entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral de Víctimas, SNARIV.

Por ello, para la presente reflexión se parte del reconocimiento de la salud como un derecho fundamental, autónomo, individual y colectivo, y de responsabilidad estatal como servicio público, y que en el marco del conflicto esto hace parte intrínseca del derecho de las víctimas a la reparación integral.

Metodología

La investigación respondió a una perspectiva epistemológica con una metodología cualitativa de enfoque crítico social; como estrategia se usaron el estudio de caso, el análisis de contenido y la herramienta analítica de síntesis conocida como “itinerarios burocráticos” –método teórico metodológico que se usa para evaluar los sistemas de salud-. Entre las técnicas usamos el normograma, entrevistas semiestructuradas a actores institucionales, entrevistas en profundidad a mujeres y población LGBTI víctimas, y la herramienta Atlas.ti para el análisis de información. Debido a las características de la investigación se aplicaron acciones para minimizar el riesgo de victimización y revictimización de los participantes.

Resultados

Para este documento se utilizaron como insumo los hallazgos de la investigación citada inicialmente, y los relatos de dos de las víctimas

entrevistadas en el marco de esta: Manuela, una mujer cisgénero, y Clara, una mujer transgénero –los nombres de las entrevistadas han sido cambiados para salvaguardar su identidad–.

Características de las mujeres

Las dos entrevistadas son mujeres en edad adulta, con cualidades admirables y que ejercen un oficio que las entusiasma; ambas son lideresas comunitarias, y reconocidas entre la población víctima. Ninguna de las dos culminó su proceso educativo regular. En cuanto a sus vivencias de violencia, Manuela fue víctima de abandono, negligencia, trabajo infantil y abuso sexual infantil; ha sufrido amenazas, varios eventos de desplazamiento intraurbano, asesinato de dos de sus parejas y de familiares. Por otro lado, Clara ha sido víctima de amenazas, hostigamientos y ha sido testigo de asesinatos de población LGBTI en su municipio de origen, víctima de desaparición extrajudicial –falso positivo–, desaparición forzada de un hermano y desplazamiento forzado. Ambas han sido víctimas de otros hechos victimizantes en el marco del conflicto.

Los hechos de violencia sexual

Los hechos de violencia sexual son variados en ambos casos; se presentan en diferentes épocas y lugares. Clara es originaria de un municipio de Antioquia donde es víctima de falso positivo judicial en la primera década del 2000, durante su encarcelamiento injusto sufrió repetidamente episodios de actos sexuales degradantes y acceso carnal violento; los responsables fueron paramilitares, guerrilleros y guardias oficiales. Al ser liberada, decide no retornar a su territorio debido a amenazas y el contexto de su municipio; así pues, se quedó residiendo en Medellín ejerciendo la mendicidad, el trabajo sexual y viviendo bajo otras circunstancias de vulneración. En el caso de Manuela se presentan dos episodios de violación acompañados de otros hechos victimizantes en diferentes sectores

de Medellín. En el primero, ejecutado por paramilitares a finales de la década de los 80, es víctima de aborto tras el hecho. El segundo sucede a inicios del 2000, en esa ocasión hubo lesiones físicas, actos sexuales degradantes, acceso carnal violento y tortura.

Por parte de ambas se identifican contextos con presencia de distintos actores armados, quienes ejercen control político, e influencia de entidades y referentes de autoridad; en sus relatos se evidencia además el silencio y la naturalización de la violencia. Clara identifica contextos discriminatorios, en los que personas de diferentes orientaciones fueron víctimas de la guerra. Tanto Manuela como Clara han buscado y recibido atención en la ciudad.

Afectaciones tras los hechos de violencia sexual

Como se ha mencionado, las afectaciones son múltiples en este tipo de casos, particularmente Manuela y Clara relatan una fuerte huella emocional caracterizada por la sensación de culpa, la vergüenza, los diversos miedos que se presentan en estas situaciones (a denunciar, a que ocurra de nuevo, a relacionarse de nuevo); presentaron signos y síntomas físicos que no recibieron tratamiento oportuno y que luego no se asociaron a lo ocurrido por lo que no se abordan como parte de la atención y reparación integral. Ambas han presentado crisis de ansiedad, crisis depresivas, ideación e intentos de suicidio, entre otros.

Tanto Manuela como Clara refieren daño moral y social ya que se vieron afectados distintos ámbitos como la vida en pareja, en la que se generó una discapacidad por trauma en el asunto relacional, afectando el disfrute de la sexualidad, la percepción del cuerpo y el ser; tanto la vida familiar como sus relaciones sociales son mediadas por el silencio, la desconfianza, aislamiento social, sobreprotección para con los hijos. También impactó en su vida laboral, perdiendo autonomía económica. Las dos mujeres vieron fuertemente afectados sus proyectos de vida, viviendo desplazamiento, dificultades económicas, acompañadas del malestar

físico, mental y emocional. Cada una de ellas batalló en su cotidianidad y lograron resolver algunas de las problemáticas con el paso del tiempo y con el apoyo de familiares y entidades privadas.

Recorridos de las mujeres en la ruta de atención

Teniendo presente el periodo en que acontecen los hechos, las mujeres no buscaron ni obtuvieron atención adecuada como víctimas de violencia sexual ni como víctimas del conflicto armado. Esto debido a múltiples factores como el no reconocimiento del conflicto en dicha época, falta de desarrollo normativo, falta de servicios, poca idoneidad profesional, estigmas, entre otros. Sin embargo, recibieron apoyo particular a través de privados. En el caso de Manuela por autogestión, y en el caso de Clara a través de organizaciones socio comunitarias y no gubernamentales. En ambos casos, por desconocimiento, miedo, culpa y vergüenza, no se recurrió a su red de apoyo familiar; ellas relatan la represión de los hechos, siendo este –el silenciamiento– un mecanismo de defensa que exige un gran gasto de energía psíquica para ocultar lo acontecido. Para las dos, la posibilidad de narrar y renombrar los hechos es un proceso necesario para la recuperación; es por ello que, una vez se hicieron un reconocimiento propio como víctimas, comenzaron a gestionar y a acceder a la atención brindada por la oferta institucional.

En adelante se refiere el recorrido de cada una de ellas en la ruta de atención integral a víctimas de violencia sexual identificada en la ciudad de Medellín; debo aquí anotar que se entiende la ruta de atención como aquella serie de procedimientos articulados que constituye la respuesta de un conjunto de instituciones frente al derecho a la atención, en este caso de mujeres y población LGBTI víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado. La ruta de atención se construyó a partir de la información recolectada en la investigación tras la revisión de las normas vigentes, y entrevistas realizadas a actores institucionales, y víctimas; posteriormente fue ajustada y validada con algunas de las personas entrevistadas. En términos generales se presenta en la ruta lo que se dispone en la

normatividad revisada y es implementado, de distintas maneras, según la gestión que se desarrolló y las necesidades de cada caso, según el tránsito particular realizado por Manuela (ver figura 1) y por Clara (ver figura 2).

En la ruta se encuentran dos procedimientos iniciales, la declaración que es obligatoria para acceder al reconocimiento como víctima, y la denuncia que es opcional. Según la ley las personas víctimas tienen derecho a medidas de atención, asistencia y reparación; las medidas de atención se componen, para el caso de desplazamiento, de ayuda humanitaria –inmediata, de emergencia y en transición–. En otros hechos, como violencia sexual, se dispone de ayuda humanitaria inmediata a cargo de los entes territoriales, sin necesidad de denuncia ni inclusión en el Registro Único de Víctimas, RUV. Si el caso es reciente, el primer paso es la activación de atención en salud, según el protocolo 0459 del Ministerio de Salud y Protección Social. Luego de la inclusión en el RUV se puede acceder a las medidas de asistencia, y gradualmente a las medidas de reparación. El ingreso a la ruta puede hacerse de diferentes formas; la entidad, el procedimiento y en ocasiones el profesional o servidor público que realice la atención determinan el paso a seguir, y el tránsito por la ruta de atención. En las figuras de los recorridos realizados por las mujeres se utilizan convenciones de colores para relacionar las barreras de acceso que se presentan en los servicios: el amarillo denota que se presentan barreras, pero se accede, el naranja indica que no en todos los casos se accede por presencia de barreras, el rojo da cuenta de barreras múltiples y el color granate denota muy difícil acceso al servicio (ver figura 1 y 2).

Recorrido de Manuela en la ruta de atención

Para el año 2008, Manuela fue orientada por una profesional que realizó procesos para legalización de predios en el sector de residencia, asistió a Personería donde fue atendida por desplazamiento intraurbano, y recibió algunos subsidios económicos. Para 2009 fue víctima de un nuevo desplazamiento y meses después ocurrió el segundo episodio de violencia

sexual. En años posteriores, acudió a varios psicólogos particulares, pero no logró abordar lo sucedido. Posteriormente, al ser informada realizó el trámite para la inclusión en el RUV y participó de algunas actividades en el Centro de Atención a Víctimas, CAV, donde conoció la oferta psicológica. Tras una crisis depresiva e intento de suicidio, gestionó atención con una profesional; la oferta inicial fue grupal, luego atención individual, realizando tres años de psicoterapia individual.

El tránsito fue realizado a través del acompañamiento psicosocial de una profesional del equipo municipal de atención y reparación a víctimas, quien le brindó psicoterapia, orientación y acompañamiento en la gestión para atención en salud mental con la entidad promotora de salud; también recibió acompañamiento en el procedimiento de la declaración y denuncia. Este proceso la impulsó a participar en espacios para el fortalecimiento de su proceso individual, ampliando el conocimiento y su red de apoyo. Desde entonces, ha hecho parte de acciones simbólicas, talleres de recuperación emocional y ha recibido el mensaje estatal de dignificación. Por otro lado, ha realizado otras acciones a través de organizaciones de víctimas, de mujeres, espacios comunitarios y continúa con otras ofertas de la ciudad. Se le otorgó indemnización administrativa por el primer episodio, aunque el segundo episodio de violencia sexual no fue incluido en el RUV al no considerarse vinculado al conflicto armado. Además, al ser hechos declarados tras muchos años luego de los sucesos, el acceso a salud física no se gestionó a través de la oferta institucional; en este caso, frente a la denuncia realizada, se mencionan muchas inconformidades y malestares. De las últimas noticias recibidas, ha Manuela se le notificó que el caso fue archivado. Debemos decir que, tras la entrevista, vemos que se nombra y se evidencia revictimización en este procedimiento (ver figura 1).

Recorrido de Clara en la ruta de atención

Para 2002, y por orientación de una persona particular, Clara asistió a la Defensoría del Pueblo donde realizó una declaración, pero no logró una

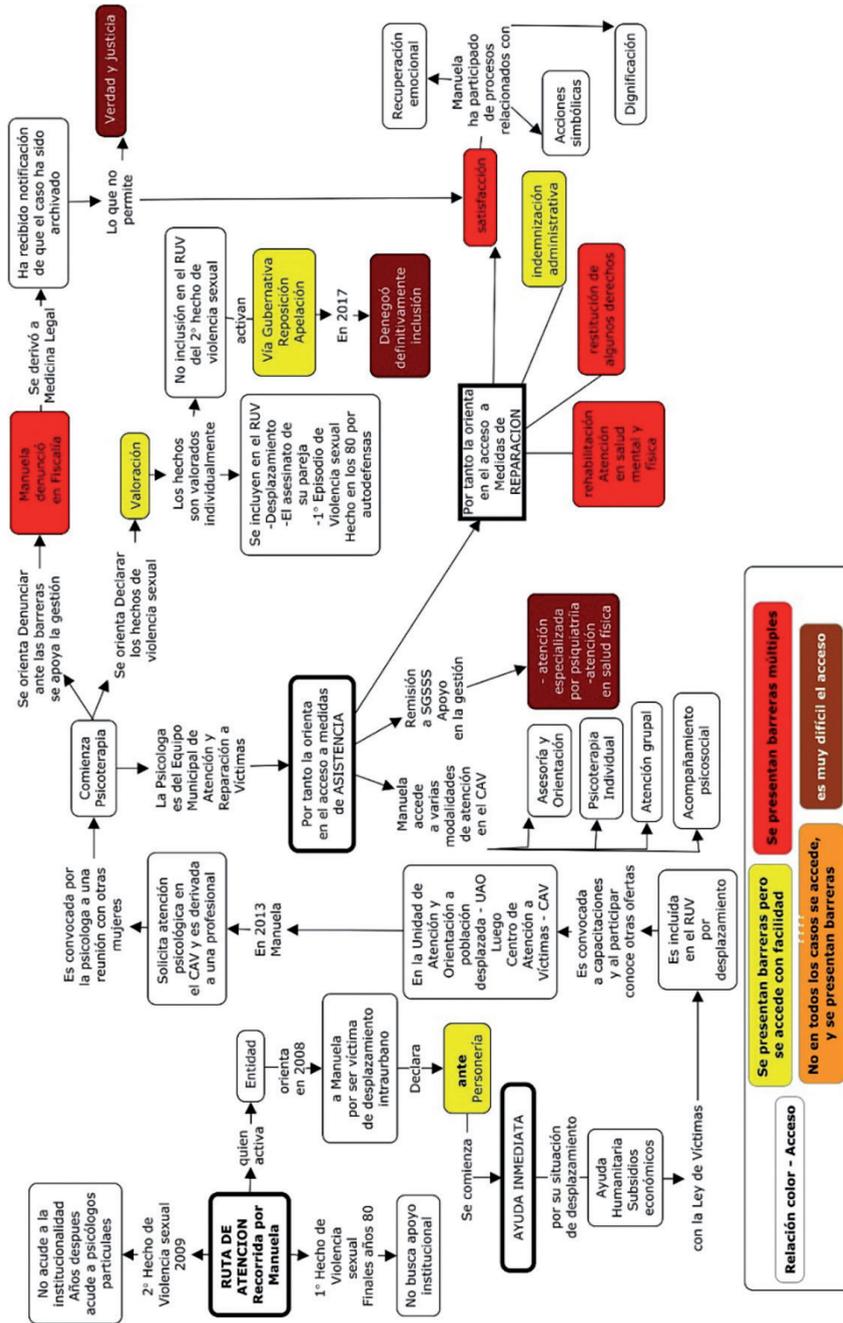


Figura 1. Ruta de atención recorrida por Manuela.

adecuada orientación ni apoyo alguno. En 2009, por su participación en la junta de acción comunal, conoció sobre el programa Acción Social y realizó gestiones para ser reconocida como desplazada sin resultado positivo. Ante este procedimiento, Clara menciona tratos inadecuados que le generaron mucha frustración. En 2010, con nuevas gestiones ante el programa, logró asesoría y subsidio económico, dinero que usó para su casa. Luego de la Ley de Víctimas, Clara realizó la declaración por el encarcelamiento injustificada, los episodios de violencia sexual y el desplazamiento forzado, además de la desaparición forzada de un hermano. Para la época, Clara también comenzó su participación en escenarios representativos de víctimas, asistiendo a espacios de socialización, y capacitación. Dentro de la ruta expuesta se muestra que ha accedido a algunos subsidios y a asesorías jurídicas. También se reconocen diferentes ofertas de ciudad, así como el ejercicio de una ciudadanía activa en espacios representativos de víctimas; ha sido convocada a espacios de acciones simbólicas, talleres de recuperación emocional y ha recibido el mensaje estatal de dignificación, además de espacios de capacitación y consulta para la planeación de la oferta municipal. Actualmente se encuentra participando de un proceso de reparación colectiva, que ha tenido retrasos debido a dificultades en la entidad que lo lidera, incumpliendo fechas y compromisos. Aun así, participa de otras ofertas institucionales en la ciudad y gestiones con entidades privadas.

En el caso de Clara, se evidencia autogestión, algunos apoyos, capacitación y empleo; todo lo ha obtenido de forma particular a través de organizaciones no gubernamentales. En relación con las atenciones en salud física y mental, y la participación en un programa para proyectos productivos, son gestiones que ha realizado por cuenta propia.

Clara es una mujer transgénero muy activa, ha participado de actividades con entidades locales y nacionales como el Centro Nacional de Memoria Histórica, en la Alcaldía, donde ha trabajado en la construcción de la política pública municipal para población LGBTI, también ha participado en espacios de sensibilización con la Policía y el Ejército para el trato

humanizado hacia la población LGBTI, en especial mujeres transgénero; ha estado en espacios de planeación para la implementación de programas de la población víctima y en el desarrollo de acciones y campañas sobre el enfoque diferencial y entornos protectores. Tras todo su proceso no ha logrado apoyo para el cambio de nombre en el documento de identidad y su reconocimiento como mujer transgénero (ver figura 2).

Concepción de la salud mental

Entre sus relatos, las entrevistadas asocian salud mental con su recuperación tras los acontecimientos y los años de silencio; lo relacionan con la reconciliación consigo mismas, con el hecho de reconstruirse como seres humanos, tramitar ese dolor y poder hablar de los hechos sin culpa y con menos malestar; también hay un fuerte asocio con apropiarse de sus sentimientos y no reprimirse es una forma de continuar sanando.

Entre los apoyos fundamentales se refieren la atención psicológica individual, principalmente a la psicoterapia; la cual necesita que esté presente la voluntad de participar, ser consciente de que se necesita ayuda, buscarla y comprometerse con el proceso. Es un proceso que requiere tiempo y superar resistencias propias y barreras externas. En lo que reconocen de este proceso dan gran relevancia al trato en la atención, el cual caracterizan como un trato humanizado y no revictimizante, que facilitó generar el lazo de confianza con el/la psicoterapeuta. Se reconocen además procesos grupales (grupos de apoyo, psicoterapéuticos, psicoeducativos, los encuentros de víctimas, entre otros); e incluso espacios de capacitación y encuentro entre víctimas. Estos espacios permiten logros significativos, como ampliar conocimientos, desarrollar nuevas habilidades, capacidades, bienestar emocional y la reconstrucción de redes de apoyo.

En cuanto al acompañamiento psicosocial lo identifican como parte de la atención integral, es algo que vivencian en espacios individuales y grupales, en la forma en que se brinda orientación y apoyo para la gestión de procedimientos, y en la reivindicación de sus derechos. Destacan

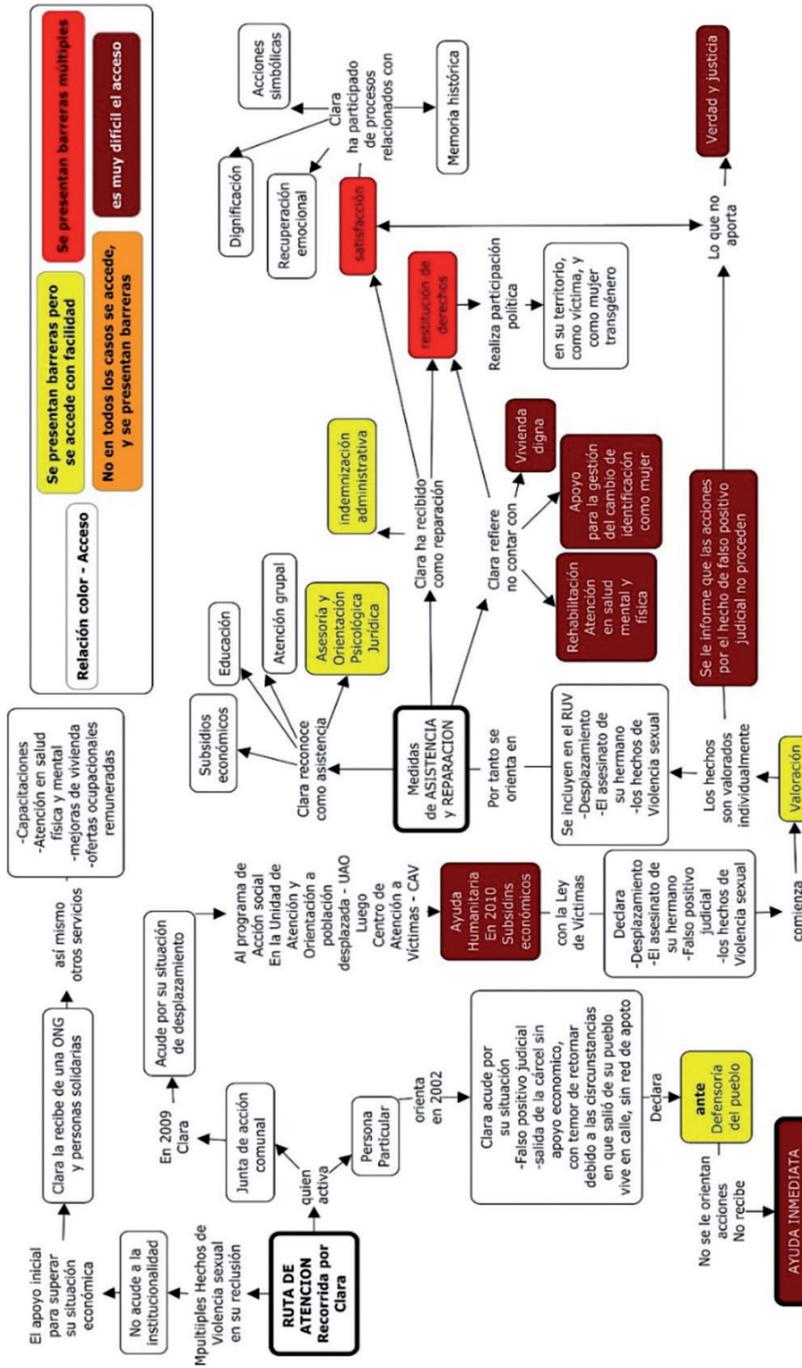


Figura 2. Ruta de atención recorrida por Clara.

los efectos sanadores del trabajo grupal, la organización social, comunitaria, espacios de veeduría, y la participación política, resaltando el posicionamiento público de sus derechos y la movilización social. Igualmente, reconocen la importancia de los procesos de memoria histórica, y la necesidad latente y expresa del derecho a la verdad; en ese sentido son conscientes de la importancia de las acciones públicas de reconocimiento de los hechos y las víctimas. Manifiestan la importancia de rituales y del uso del arte como catalizador, pues las consideran formas que aportar a la salud mental colectiva, y que han sido significativos para la salud mental personal.

Valoración de la ruta de atención recorrida

Luego de su experiencia al transitar la ruta de atención, se refieren aspectos positivos como los avances normativos y la existencia de referentes institucionales que en otrora no estaban, como la Uariv, y mecanismos como el RUV, los cuales permite información unificada a nivel nacional. Es muy importante señalar que, en los dos casos, tanto Manuela como Clara resaltan la deshumanización en el trato para algunos casos; como víctimas y lideresas identifican algunos profesionales e instituciones que les generan confianza por su efectividad y/o por el trato recibido, los cuales refieren para orientar a su comunidad, mientras que hay otras entidades y profesionales que no recomiendan. De manera particular, las actividades y el acompañamiento brindado por el equipo municipal, la Uariv y las organizaciones no gubernamentales han permitido vivenciar otras experiencias positivas que rompen con temores, silencios, astenia y negatividades. Sin embargo, resaltan la voluntad propia de la persona como paso primordial, ya que el acceso a la atención requiere autogestión en la mayoría de los trámites y procedimientos; con esto se reitera la necesidad de una mejor labor por parte de los funcionarios y profesionales, así como de las instituciones como tal.

Discusión

Fallas y barreras que se identifican en la ruta de atención

En el proceso de atención se pueden presentar diversas fallas, algunas corresponden a dificultades estructurales en las entidades preexistentes responsables de los servicios, otras obedecen a disposiciones político-normativas, otras a condiciones materiales, y algunas a la actitud y voluntad de quien brinda la atención o la debe tramitar. Se resaltan asuntos a mejorar, en especial en los procesos gestionados posterior a la Ley de Víctimas, como la necesidad de mayor humanización y dignificación del trato a las personas, pues ello permitiría un acercamiento más ameno, evidenciaría la necesidad de una buena disposición a la escucha, y permitiría reconocer que las víctimas buscan referentes de apoyo efectivos.

Se evidencian en los relatos de las entrevistadas acciones de discriminación, estigmatización y tratos degradantes, entre ello está que el proceso es confuso y desinformador. Hay referencia constante de insuficiencia, administración inadecuada, clientelismo y corrupción en relación con las medidas de subsidios económicos e indemnización. Particularmente, la atención en salud la califican como ineficiente, inadecuada, en la que no se evidencia priorización ni enfoque diferencial; es decir que se presentan muchos obstáculos para acceder a la atención que se requiere. Finalmente, en cuanto al procedimiento de la denuncia es reiterativo el miedo, la desconfianza y las experiencias negativas, aunque reconocen su importancia no solo en el aspecto individual sino colectivo. Teniendo presente las experiencias se identifican diferentes tipos de barreras de acceso a la atención y reparación integral, en los diferentes procedimientos, servicios y entidades del Snariv; reportan fallencias informativas, físicas, económicas, administrativas, de participación, y con frecuencia barreras culturales.

Consecuencias que se presentan por fallas y barreras en la ruta de atención

Las fallas y barreras generan frustración, en ocasiones abandono del proceso, desengaño o desconfianza en el Estado, afectándose el proceso de atención y reparación. La consecuencia que se identifica más fuerte tras las fallas en la atención es la revictimización. En los relatos se nombran situaciones que desencadenaron crisis de ansiedad o depresión, ideación e intentos de suicidio. Sus relatos evidencian que en la atención hay incredulidad, reforzamiento de sentimientos de culpa, sensaciones de humillación, juzgamiento, violación a la intimidad, la repetición incesante de los sucesos, entre otras circunstancias. Así, la omisión en la atención que se presenta en los casos refuerza la huella emocional, y la idea de que tal delito es permitido en la sociedad. Un elemento de complejidad en muchos de los casos victimizantes, en este específicamente la situación de violencia sexual, es reconocer los hechos años después de la vulneración; esto, sumado a los factores negativos recién mencionados, y a la atención inoportuna, genera nuevos sentimientos de dolor y frustración.

Adicionalmente, las víctimas identifican las precarias condiciones y la baja calidad de vida en las que sigue viviendo la población que ha sido víctima de violencia sexual en el marco del conflicto, como una consecuencia de las fallas estructurales que presenta el Snariv, sumado a las barreras para la atención.

Sobre la atención en salud como parte de la atención y reparación integral

Desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como parte del Snariv, se deben desarrollar diversas acciones que permitan la recuperación y tratamiento de la población afectada. Particularmente, son acciones en dirección de la rehabilitación como medida de asistencia y reparación a las personas víctimas de violencia sexual en el conflicto armado. Sin embargo, el sistema de salud en el país no opera adecuadamente; hay un posicionamiento de un modelo de salud basado en el comercio, centrándose en

la enfermedad y el control más que en el ser humano, lo cual, como bien dicen Molina & Ruíz (2014), sustenta la existencia de fallas estructurales y múltiples barreras que no permiten implementar una atención integral tal como se ha diseñado, por ejemplo, en la Ley 1148 de 2011.

Algunas de las fallas y barreras encontradas en la investigación y mencionadas anteriormente, en particular para la atención en salud, concuerdan con aquellas expuestas en el texto *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano*, el cual presenta un análisis de la oferta en salud en Medellín y otras cinco ciudades de Colombia, evidenciando fallas estructurales del SGSS. Entre las fallas más graves se expone una débil e incierta gobernanza en el sistema, relacionada con insuficiencia de talento humano adecuado, injerencia de partidos políticos y prácticas clientelistas, poca efectividad en rectoría, la vigilancia y la veeduría por parte de las instancias encargadas. Igualmente, se presentan limitaciones económicas, la alta prevalencia de enfermedades de carácter social, la desarticulación en el sistema, la falta de políticas que resuelvan precariedades en las condiciones de vida de la población, la discontinuidad en los programas, entre otras. También se explican barreras administrativas, geográficas, económicas y del aseguramiento; y, desde las experiencias de las víctimas, se resaltan las barreras culturales.

Dentro del sistema de salud prevalece una concepción de salud mental en relación con el trastorno y la enfermedad mental, la indispensable institucionalización y medicalización como principales estrategias. Pero debe decirse que, particularmente, Medellín carece de un sistema de salud mental correspondiente con la magnitud de las afectaciones y la cantidad de población víctima residente en la ciudad. Sin embargo, a partir de los resultados se observa que en la ciudad han existido adelantos normativos, programas y estrategias pioneras en el país para la atención de mujeres víctimas de violencia sexual, y el desarrollo de la atención en salud mental, brindando orientación puntual psicosocial, jurídica y/o médica; hasta acompañamiento psicosocial, y/o psicojurídico en la gestión. Dichas iniciativas en su mayoría son temporales, y obedecen a periodos administrativos

puntuales, por lo que se hace necesario evaluar y sistematizar las experiencias exitosas para asegurar su permanencia y mejora constante.

Igualmente, se requieren acciones que se desarrollen más allá del SGSSS, se precisa una atención integral en salud mental que trascienda el ámbito individual, ello implica diseños y puesta en marcha de estrategias y acciones de promoción y educación en salud mental. Aunque es importante la atención psicológica, debe complementarse con ofertas que permitan incidir en el contexto de vulneración en el que se encuentra la persona; y, en el caso de la población LGBTI, deben crearse apoyos más contundentes para tratar asuntos como el trámite de cambio de identidad y ciertas atenciones en salud relacionadas con el fortalecimiento de su proceso identitario, pues son factores esenciales para su bienestar. En esa misma dirección están los casos de mujeres transgénero indígenas, víctimas de violencia sexual y otros delitos, expulsadas del territorio y de sus comunidades, ellas siguen siendo un reto para la institucionalidad debido a las múltiples vulneraciones, y más aún para la sociedad debido a la naturalización y la persistencia de estigmas y discriminación. Por lo que es indispensable superar dichas fallas estructurales y avanzar en la articulación entre entidades para lograr atención y reparación integrales, que garanticen el goce de los derechos humanos fundamentales.

Conclusiones

Según lo anterior, lo relatado por las participantes indica que vivenciaron múltiples hechos victimizantes, entre ellos distintas modalidades de violencia sexual ejercidas por diferentes actores armados (fuerza pública, guerrillas, paramilitares, bacrim y actores no identificados). Se reafirman en los hechos victimizantes a población LGBTI el ejercicio del poder, la cosificación del cuerpo y el uso que se da de la violencia sexual como medio de expresión. Se evidencia la violencia sexual como violencia del orden de género que contempla afectaciones que sufren las personas que no responden al orden heteronormativo que solo reconoce el binarismo sexual; en el marco

del conflicto, la violencia sexual es un dispositivo estratégico de violencia política y se ha categorizado como crimen de lesa humanidad.

Dado lo anterior, los recursos propios antepuestos pasan por una exacerbación de los mecanismos de defensa psíquicos, así como la búsqueda de atención médica particular, y el ejercicio de participación social y comunitaria; evidenciando acciones de gran resistencia por parte de estas personas. Así, tras sus vivencias conciben la salud mental como la posibilidad de recuperarse tras lo sucedido y tramitar ese dolor; esencialmente asocian la atención en salud mental con los procesos psicoterapéuticos individuales y grupales. En ese mismo sentido, la salud mental es asociada, acertadamente por las entrevistadas, a una atención humanizada, no revictimizante y en la que se apliquen los enfoques de derechos de forma diferencial. Los hechos victimizantes afectan varios aspectos en las personas, sus familias y su comunidad, y caracteriza a las víctimas por pérdida en el sentido de la vida, sus ideales, su identidad y personalidad, haciendo que surjan signos y síntomas psicósomáticos. En lo colectivo se presentan daños morales y socioculturales, exacerbándose las condiciones de vulneración y el sufrimiento implicando acciones revictimizantes.

Así, debemos reconocer que individual y colectivamente la violencia sexual en el conflicto armado es una problemática de salud pública, la cual sigue en aumento y desborda lo que se oferta institucionalmente. Por tanto, se exige desarrollar políticas, programas y estrategias perdurables, dinamizar imaginarios colectivos distintos, y contrarrestar las barreras administrativas y culturales. Por lo cual, se hace indispensable hacer cambios en el sistema de salud en el Snariv que permitan ajustar las fallas estructurales que impiden el acceso a la atención y reparación integral a las víctimas, especialmente en relación con la salud. Para lograrlo sería importante partir de un marco de derechos humanos en contraparte a la visión de lucro y morbicéntrica del sistema de salud actual, y la corrupción e inoperancia de otros organismos. Es importante también partir del reconocimiento a las víctimas, sus derechos y, por supuesto, afirmar y defender el legítimo y fundamental derecho a la salud; esto posibilitaría

tratar los daños generados por el conflicto, no solo en la población directa sino a nivel colectivo y desarrollar un mejor ejercicio de ciudadanía.

A modo de recomendaciones

Luego de lo reflexionado emergen algunas ideas que pueden aportar a mejorar la atención y el abordaje de la violencia sexual en el marco del conflicto como un asunto de salud pública. Entre ellas está la necesidad de posicionar la salud mental como un derecho y un tema prioritario en la agenda pública, incluyendo mejores acciones en la respuesta institucional de promoción y educación en salud mental, implementando la normatividad existente con mayor celeridad, desarrollándola más; a la vez que se promuevan más acciones de movilización.

Es indispensable contar con mecanismos de evaluación y seguimiento de los servicios que se brindan, así como ejecutar las sanciones disciplinarias y consecuencias legales vigentes cuando se incurre en omisiones o acciones inadecuadas –sea en persona natural, funcionario o entidad–.

Para las participantes de esta investigación, algunas estrategias alternativas en la atención de salud mental han sido de gran aporte para su recuperación, se resaltan la participación en su comunidad y liderar en lo social, pues lo ven como mecanismo de recuperación que las beneficia en lo personal y, a su vez, les permite ayudar y orientar a otros y otras. También refieren el trabajo de siembra y cultivo de complementos alimenticios, medicinales o aromáticos, tanto a nivel personal –en sus casas– como a nivel comunitario –en huertas–; y por último destacan y aconsejan la realización de actividades que se pueden desarrollar cotidianamente como caminar, pintar, tejer y escribir se identifican como actividades que aportan al bienestar.

Bibliografía

- Blair, E. (2010) “La política punitiva del cuerpo: economía del castigo o mecánica del sufrimiento en Colombia”. En *Estudios políticos*, (36). (pp. 39-66). Medellín: Universidad de Antioquia.

- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013) *¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad*. Bogotá: CNMH.
- Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas. (2015) *Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia. Comisión Histórica del conflicto y sus víctimas*. Bogotá: Alto Comisionado para la Paz.
- Congreso de la República de Colombia. (2013) Ley 1616 de 2013. *Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*.
- Consejo de Seguridad de la Organización de Naciones Unidas. (2014) *Violencia sexual relacionada con los conflictos*. Informe del Secretario General.
- Corporación AVRE (2008). *Víctimas: sujetos(as) de memoria. Atención en salud mental a víctimas de violencia política*. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Gañán, J. L. (2014). "Derecho a la salud y mercado. Casos Colombia y Latinoamérica". En *Revista Estudios de Derecho, Vol. LXXI* (157). (pp. 133-155). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Martín-Baró, I. (1993). "El impacto psicosocial de la guerra. Guerra y salud mental". En *El papel del psicólogo. Vol.56*. (pp. 24-39). España: Consejo General de Psicología.
- Mesa de Trabajo: Mujer y Conflicto Armado en Colombia. (2010). *Décimo Informe sobre violencia sociopolítica contra mujeres, jóvenes y niñas en Colombia 2000 - 2010*. Bogotá: Ediciones Ántropos.
- Molina, G., Ramírez, A. & Ruiz, A. (2014) *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Medellín: Pulso y letra Editores.
- Organización Mundial de la Salud. (2013) *Salud mental: un estado de bienestar*. Personería de Medellín. (2014). *Informe de rendición de cuentas de la Personería de Medellín. Vigencia 1 de marzo del 2013 al 28 de febrero del 2014*. Medellín.
- Violaciones y otras violencias: Saquen mi cuerpo de la guerra. (2009). *Encuesta de Prevalencia de violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano 2010-2015*. Bogotá.