

Bogotá D. C., enero 28 de 2010

Honorables Magistrados
Corte Constitucional
M.P. María Victoria Calle Correa
E. S. D.

Ref: Intervención ciudadana en el proceso T- 2.384.972
Actores: Gustavo Gallón Giraldo en representación de Griselda Mena y otras.
Demandado: Ministerio de Protección Social

Honorables Señores Magistrados:

Nosotros, Rodrigo Uprimny Yepes, identificado con C.C. No. 79.146.539 de Usaquén, Diana Esther Guzmán, identificada con C.C. No. 52.886.418 de Bogotá; Nelson Camilo Sánchez León, identificado con C.C. No. 11.203.155 de Chía, y Luz María Sánchez Duque, identificada con C.C. No. 30.233.501 de Manizales, integrantes del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad –DeJuSticia-, obrando en calidad de ciudadanos colombianos, respetuosamente nos permitimos presentar ante ustedes este escrito con el propósito de coadyuvar la demanda de la referencia.

El punto de partida de nuestra intervención es que las mujeres en cuyo favor se interpuso la acción de tutela que es objeto de revisión han sido afectadas en su derecho a la salud, por no haber recibido una atención psicosocial oportuna, permanente e integral, la cual resulta esencial para su rehabilitación y restablecimientos plenos. Las deficiencias en su atención se deben a que la política pública en la materia no ofrece una atención adecuada e integral para las afectaciones específicas que sufren las víctimas como consecuencia del conflicto y específicamente las víctimas de desplazamiento forzado, y menos aún, una atención que atienda los efectos diferenciados de la violencia en la vida de las mujeres. Lo anterior constituye un incumplimiento de algunas de las obligaciones que le corresponden al Estado en relación con la garantía del derecho a la salud de los y las ciudadanas. En esa medida, corresponde a la Honorable Corte pronunciarse con el fin de salvaguardar los derechos conculcados.

Con el objeto de reforzar los planteamientos de la tutela, la presente intervención se ocupará de analizar la forma como el Estado debería responder ante la vulneración sufrida por las mujeres en los casos analizados, y posiblemente por otras personas desplazadas por la violencia. Para esto, el presente texto (I) parte de la constatación de que existe una falla estructural en el diseño de la política pública en relación con el derecho a la salud de la población desplazada por la violencia, en la medida en que no existen los mecanismos necesarios para asegurar una atención psicosocial integral, oportuna, adecuada y permanente. Una vez desarrollada la constatación, la intervención (II) se centra en ofrecer elementos que permiten responder a la pregunta sobre cómo

debería estructurarse la política pública en relación con la atención psicosocial a la población desplazada. Para esto, (1) desarrolla el argumento según el cual es necesario que dicha política pública articule, coordine y asegure la complementariedad entre las medidas de asistencia humanitaria, política social y reparación, a fin de garantizar una atención permanente a las víctimas, hasta tanto cese su afectación psicosocial; y (2) retoma los criterios mínimos de racionalidad constitucional desarrollados por la Corte en anteriores pronunciamientos, con el fin de señalar cuáles son los lineamientos sustanciales y procedimentales que debería reunir una política adecuada en la materia. Para finalizar y a modo de conclusión, se solicita a la Corte: i) tutelar los derechos de las mujeres afectadas; y ii) frente a la constatación de la falla en la política, remitir el expediente para que haga parte del seguimiento a la sentencia T-025 y en concreto a los trece programas de política cuya creación fue ordenada en virtud del Auto 092 de 2008.

I. La existencia de una falla estructural en el diseño de la política pública.

1. Contenido y alcance de la normatividad interna en materia de atención en salud mental para los desplazados

La garantía del derecho a la salud de la población desplazada se da en distintos niveles que se encuentran definidos tanto en normas específicas sobre desplazamiento, como en normas generales del sistema de salud. En este complejo normativo se pueden identificar tres niveles: (a) el de las normas que regulan la atención humanitaria de emergencia a los desplazados; (b) el de las que definen el alcance de las prestaciones de salud en virtud de la catalogación del desplazamiento como un evento catastrófico; y (c) el de las que definen las prestaciones obligatorias en cada uno de los regímenes de salud (contributivo y subsidiado).

b. Atención humanitaria de emergencia en materia de salud

El artículo 15 de la Ley 387 de 1997¹ establece la atención humanitaria de emergencia para la población desplazada que consiste en una “ayuda temporaria e inmediata encaminada a acciones de socorro, asistencia y apoyo a la población desplazada, a fin de mitigar las necesidades básicas en alimentación, salud, atención psicológica, alojamiento, transporte de emergencia, elementos de hábitat interno y salubridad pública” (Art. 20, Decreto 250 de 2005). Dicho artículo incluye como parte de ésta la atención médica y psicológica que, de conformidad con el Decreto 250 de 2005 “por el cual se expide el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia y se dictan otras disposiciones” comprende las siguientes prestaciones básicas:

“5.2 Atención humanitaria de emergencia [...]

5.2.1.2 Prestación de la Asistencia Humanitaria [...]

¹ Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia.

B. Asistencia en Salud

- 1. Apoyo psicosocial, según características poblacionales de género, edad y etnia, tendiente al acompañamiento e intervención personal, familiar y comunitaria para la atenuación de los efectos derivados del desplazamiento, en procura de contribuir al manejo de la crisis psicosocial, el restablecimiento del equilibrio emocional y el fortalecimiento de la cohesión familiar.*
- 2. Atención inicial de urgencias a los individuos u hogares cuya declaración se encuentra en proceso de valoración para su inclusión o no en el Registro Único de Población Desplazada, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.*
- 3. Atención en salud a la población en condición de desplazamiento incluida en el Registro Único de Población Desplazada según su situación de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (subsidiado, contributivo o regímenes de excepción), conforme a las reglas, coberturas y procedimientos establecidos para cada régimen. En el caso de la población no asegurada, los servicios se brindarán por las instituciones prestadoras de salud pública que define la entidad territorial receptora, por nivel de atención y excepcionalmente por instituciones privadas previamente autorizadas por la entidad territorial, acorde con lo dispuesto en la normatividad vigente que regula la materia.*
- 4. Desarrollo de acciones de salud pública, saneamiento básico y vigilancia en salud pública, en lugares de asentamiento masivo de la población desplazada, tendientes a la prevención de enfermedades que puedan afectar la salud colectiva y a intervenir factores de riesgo del medio ambiente.*

Cabe destacar que entre tales componentes de la atención humanitaria, los numerales 2° y 3° se limitan a reiterar los derechos de la población en general en materia de salud. La atención inicial de urgencias sin importar la afiliación al sistema de salud, así como la atención en salud por parte de las respectivas EPS o ARS según lo definido en los planes obligatorios de salud para la población asegurada, o por parte de las entidades territoriales para la población no asegurada, no comportan ninguna prestación especial o adicional para los desplazados, pues se trata de prestaciones a las que tiene derecho toda la población y que, en tal sentido, no pueden considerarse simplemente como una “ayuda temporaria e inmediata”. El que dichas obligaciones generales del Estado sean incluidas como parte de la atención humanitaria de emergencia otorga sólo un plus de seguridad que tiene especial significado para los desplazados que no se encuentran afiliados al régimen de salud, pero no implica en todo caso la concesión de prestaciones especiales o adicionales para los desplazados. En este sentido, sólo el apoyo psicosocial y las acciones de salud pública y saneamiento básico constituyen medidas de salud otorgadas exclusivamente a la población desplazada como parte de la atención humanitaria de emergencia.

Ahora bien, dichas medidas son temporales. Según el artículo 15 de la Ley 387 de 1997, sólo se brindan por un término de tres meses, los cuales serán prorrogables hasta que el afectado esté en condiciones de asumir su autosostenimiento². Dado que este apoyo psicosocial es temporal, resulta ineficaz para tratar los impactos a largo plazo de los actos de violencia y del desplazamiento sobre la salud mental de las víctimas, tal como sucede con las tutelantes en este caso. La insuficiencia del apoyo psicosocial como parte de la ayuda humanitaria de emergencia resulta aún más preocupante si se tiene en

² Inicialmente este artículo disponía que la atención humanitaria tendría una duración máxima de tres meses, los cuales se podrían prorrogar excepcionalmente por tres meses más. Sin embargo, en la sentencia C-278 de 2007 (MP. Nilson Pinilla Pinilla) la Corte declaró la inexecutable de las restricciones de modo y tiempo impuestas al otorgamiento de la atención.

cuenta que el Decreto 250 de 2005 es la única norma que tiene un componente de atención psicosocial para las víctimas de la violencia propia del conflicto armado.

Más preocupante resulta el anterior panorama en el caso concreto si se tiene en cuenta que de conformidad con los hechos presentados en la acción de tutela, no hay evidencia de que las tutelantes hayan recibido atención psicosocial, ni siquiera como componente de la atención humanitaria de emergencia.

b. El desplazamiento como evento catastrófico

El Acuerdo 59 de 1997 expedido por el CNNSS declaró como evento catastrófico el desplazamiento masivo de la población por causa de la violencia. Esta declaratoria implica que para la atención en salud de los desplazados tiene aplicación lo establecido en la Ley 100 de 1993 respecto a las prestaciones que cubre el sistema de salud en materia de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. Según el artículo 167 de la Ley 100 tales prestaciones incluyen el “*cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial*”, los cuales son financiados con la subcuenta de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fosyga (Decreto 1283 de 1996). En el caso de los desplazados tales prestaciones operan frente a enfermedades derivadas de la exposición a los riesgos inherentes al desplazamiento (Acuerdo 59 de 1997, Art. 2º). Los servicios médico-quirúrgicos que cubre esta atención por riesgo catastrófico incluyen las siguientes actividades definidas en el artículo 32 del Decreto 1283 de 1996:

- * Atención de urgencias
- * Hospitalización
- * Suministro de material médico quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis
- * Suministro de medicamentos
- * Tratamiento y procedimientos quirúrgicos
- * Servicios de Diagnóstico
- * Rehabilitación

El decreto referido no hace una alusión específica a la atención psicológica, aunque debería entenderse que la misma hace parte del componente de rehabilitación en aquellos casos en los que la enfermedad derivada del desplazamiento es de carácter mental. Sin embargo, esto no es del todo claro. El mismo decreto 1283 establece en su artículo 30 que la subcuenta de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fosyga –que es de la que provienen los recursos para cubrir los costos derivados de la atención en salud a las víctimas de desplazamiento forzado– “*tiene como objeto garantizar la atención integral a las víctimas que han sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de accidentes de tránsito, eventos terroristas y catastróficos [...]*”. La mención explícita y exclusiva a los daños en la integridad física llevaría a pensar que la rehabilitación a la que se refiere el artículo 32 del decreto citado operaría únicamente frente a tales daños, no frente a los daños a la integridad mental y emocional de la víctima. De hecho, en un informe en el que se analiza el marco jurídico que define medidas de protección para las víctimas de las minas antipersonal, se advierte que muchos de los actores del sistema de salud consultados para la elaboración de dicho informe argumentan, con base en el referido artículo 32, “*que la atención psicológica está expresamente excluida de los servicios que deben prestarse a la*

víctima”³. Tal posición encontraría respaldo en la Resolución 1591 de 1995 del Ministerio de Salud⁴ que en su artículo 1º dispone que el Fosyga “reconocerá y pagará a las IPS del SGSSS las cuentas por los servicios de atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria prestado a las personas víctimas de eventos catastróficos”, omitiendo una mención expresa a la atención psicológica. En relación con el componente de rehabilitación, el Decreto 1283 únicamente dispone que este se regulará por lo dispuesto en la Resolución 004108 de 1993 y tendrá una duración máxima de seis meses (Art. 34) que se podrá extender por seis meses más si la Junta de Invalidez determina que la incapacidad permanente es menor del 50% y existen aún posibilidades de mejoría.

Cabe destacar que la Ley 418 de 1997 que define las medidas de ayuda humanitaria para las víctimas de la violencia política –entre las cuales se menciona expresamente a los desplazados (Art. 15)–, sí incluye específicamente un componente de rehabilitación en salud mental. Dice el artículo 20 de esta Ley que “[l]os servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria consistirán en: [...] 8. Servicios de rehabilitación mental en los casos en que como consecuencia del atentado terrorista la persona quede gravemente discapacitada para desarrollar una vida normal de acuerdo con su situación, y por el tiempo y conforme con los criterios técnicos que fije el Ministerio de Salud”. Dichos servicios deben ser prestados por las instituciones hospitalarias públicas o privadas con cargo a los recursos de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Sin embargo, pese a este reconocimiento de la rehabilitación psicológica como componente de la atención en salud que debe suministrarse a los desplazados, tampoco existe claridad sobre la forma como la misma debe operar pues el artículo citado dispone que tales servicios se prestarán “por el tiempo y conforme con los criterios técnicos que defina el Ministerio de Salud”. No resulta claro si el tiempo es el de los seis meses dispuesto en el Decreto 1283, o si se espera que el Ministerio establezca una nueva regulación por cuanto no se hace la remisión expresa a dicho Decreto que es anterior a la Ley 418. Tampoco es claro si los criterios técnicos son los establecidos en la Resolución 004108 de 1993, o si también se está a la espera de la definición de nuevos criterios por parte del Ministerio.

Lo único que resulta claro en lo que respecta a la rehabilitación psicológica de las víctimas de la violencia, y concretamente de los desplazados, es que no hay claridad acerca del modo en que la atención para tal propósito ha de hacerse efectiva.

c. Prestaciones generales contenidas en el POS

Para establecer el alcance de la atención en salud a los desplazados de conformidad con el Plan Obligatorio de Salud POS es preciso distinguir entre quienes se encuentran afiliados al sistema, bien al régimen contributivo, o bien al subsidiado; y quienes están en calidad de vinculados (no asegurados). El artículo 3º del Decreto 2133 de 2003, por

³ *Minas antipersonal en Colombia: el camino hacia la rehabilitación e inclusión social*, Handicap Internacional, 2007, p. 75. Documento disponible en: http://www.wmaker.net/handicapinternacional_en/file/28580/

⁴ Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por concepto de Gastos Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios prestados a las víctimas de Eventos Catastróficos.

el cual se reglamenta la atención en salud a la población desplazada⁵, dispone que “[l]a población en condición de desplazamiento afiliada al régimen contributivo en calidad de cotizante o beneficiaria al régimen subsidiado, o a los regímenes de excepción, será atendida conforme a las reglas, coberturas, limitaciones y exclusiones establecidas para el respectivo régimen al que pertenecen y los costos de la atención serán asumidos por las respectivas entidades de aseguramiento, en los términos de las normas que las regulan”.

En relación con la atención psicológica y psicosocial de los desplazados afiliados al sistema, el Acuerdo 03 de 2009 “por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes”, expedido por la Comisión de Regulación en Salud en atención a una orden de la Corte Constitucional⁶, contempla en el artículo 60 los siguientes procedimientos para los afiliados al régimen contributivo:

- 890108 atención [visita] domiciliaria, por psicología 2
- 890109 atención [visita] domiciliaria, por trabajo social 2
- 890208 consulta de primera vez por psicología 2
- 890209 consulta de primera vez por trabajo social 1
- 890308 consulta de control o de seguimiento por psicología 2
- 890309 consulta de control o de seguimiento por trabajo social 1
- 890408 interconsulta por psicología 2
- 890409 interconsulta por trabajo social 2
- 940301 evaluación en alteraciones emocionales y/o de conducta 2
- 940900 determinación del estado mental por psicología 2
- 941100 determinación del estado mental por psiquiatría 2
- 943101 psicoterapia individual por psiquiatría 2
- 943102 psicoterapia individual por psicología 2
- 944101 psicoterapia familiar por psiquiatría 2
- 944102 psicoterapia familiar por psicología 2
- 944201 psicoterapia de grupo por psiquiatría 2
- 944202 psicoterapia de grupo por psicología 2
- 944902 intervención en salud mental comunitaria, por psiquiatría 2
- 944904 intervención en salud mental comunitaria, por psicología 2

⁵ Este decreto reglamenta el numeral 4 del artículo 19 de la Ley 387 de 1997 que en su numeral 4° dispone: 4. “El Sistema General de Seguridad Social en Salud implementará mecanismos expeditos para que la población afectada por el desplazamiento acceda a los servicios de asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica, hospitalaria y de rehabilitación, de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993”, y el último inciso del artículo 54 de la Ley 812 de 2003 “[p]or la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006” que establece: “[...] El Gobierno Nacional destinará recursos de la subcuenta ECAT para la atención en salud a la población en condición de desplazamiento forzoso sin capacidad de pago, con cofinanciación de las entidades territoriales condición que se mantendrá hasta que sean afiliados al régimen subsidiado”.

⁶ En la sentencia T-760 de 2008 (M.P: Manuel José Cepeda Espinosa) la Corte ordenó a la Comisión Nacional de Regulación en Salud la actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS), para lo cual debía: “i) Definir con claridad cuáles son los servicios de salud que se encuentran incluidos dentro de los planes de beneficios, valorando los criterios de ley así como la jurisprudencia de la Corte Constitucional;/ ii) Establecer cuáles son los servicios que están excluidos así como aquellos que no se encuentran comprendidos en los planes de beneficios pero que van a ser incluidos gradualmente, indicando cuáles son las metas para la ampliación y las fechas en las que serán cumplidas;/ iii) Decidir qué servicios pasan a ser suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión, en aras de una mayor protección de los derechos, según las prioridades en materia de salud, y/ iv) Tener en cuenta, para las decisiones de incluir o excluir un servicio de salud, la sostenibilidad del sistema de salud así como la financiación del plan de beneficios por la UPC y las demás fuentes de financiación” (numeral décimo séptimo de la parte resolutive).

S12701 internación en unidad de salud mental, complejidad baja 2
S12710 internación en unidad de salud mental, complejidad mediana 2
S12720 internación en unidad de salud mental, complejidad alta 2⁷

Prevé además la atención inicial de urgencias del paciente con trastorno mental en el servicio de Urgencias y en observación (Art. 28), y la internación de pacientes psiquiátricos durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares y la comunidad (Art. 39). Dicho Acuerdo expresamente excluye del régimen contributivo el “*tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada*”, pero acto seguido señala que “*no se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y solo durante la fase inicial; tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta los treinta días de evolución*” (Artículo 69).

Para los afiliados al régimen subsidiado contempla únicamente la atención inicial de urgencias del paciente con trastorno mental en el servicio de Urgencias y en observación (Art. 28) y la consulta ambulatoria de valoración por psicología (Art. 74, lit. b, num. 15)⁸.

Finalmente, los desplazados no afiliados a ninguno de los dos regímenes tienen “*derecho a la prestación de los servicios de salud en las instituciones prestadoras*

⁷ Los números indican los niveles de complejidad. Acerca de la incidencia de tal catalogación, el Acuerdo 03 dispone: “*ARTÍCULO 61. COBERTURA DE SERVICIOS BÁSICOS O DE NIVEL 1 DEL POS. La Cobertura Básica General de Servicios son las prestaciones asistenciales o servicios en salud, que las EPS deben garantizar de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de éstos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica, mediante el diseño y organización de la red de prestación de servicios de salud. Estos servicios deben ser determinados explícita y específicamente en el diseño de la red de prestación de servicios que hace parte de la carta de derechos de los afiliados y deberá ser informada a los mismos, dando cumplimiento a la normatividad vigente sobre la materia. // La Cobertura General Básica, que no está afectada por periodos de carencia, es la atención que debe ser garantizada a los afiliados, de cualquier edad, después de las primeras cuatro semanas de afiliación y son las que se señalan como 1 en la columna de nivel, en el listado general de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud.*

ARTICULO 62. PRESTACIONES SUJETAS A PERIODOS MINIMOS DE COTIZACIÓN. Para efectos de clasificación de los procedimientos que requieren periodos mínimos de cotización se tendrán en cuenta las siguientes:

a. Las actividades, procedimientos e intervenciones para tratamientos de alto costo según lo definido en el Artículo 68 del presente Acuerdo.

b. Las actividades, procedimientos e intervenciones para tratamientos quirúrgicos calificados como 3 en la columna correspondiente a Nivel en el listado general de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud”.

⁸ La Resolución 5261 de 1994 que definía el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud (POS) antes de la expedición del Acuerdo 03 de 2009, contenía una mención más detallada de procedimientos de atención psicológica y psiquiátrica incluidas. Así, el artículo 88 de la referida Resolución establecía los siguientes: “*35101 Valoración por Psiquiatría / 35102 Valoración por Psicólogo/ 35103 Psicoterapia individual por Psiquiatría, sesión/ 35104 Psicoterapia individual por Psicólogo, sesión/ 35105 Psicoterapia de grupo por Psiquiatría, sesión/ 35106 Psicoterapia de grupo por Psicólogo, sesión*”. Como puede advertirse, la norma anterior consagraba una mayor cobertura en esta área. Sin embargo, dado que el Acuerdo 03 aclara y actualiza el contenido del POS, y que además en su artículo 86 derogó el Acuerdo 008 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS) que había establecido el Plan Obligatorio de Salud con base en el cual se expidió la Resolución 5261 de 1994, es dicho Acuerdo la norma vigente que define los contenidos del POS.

públicas que defina la entidad territorial receptora, por nivel de atención, y de acuerdo con su capacidad de resolución, y excepcionalmente por instituciones privadas, previamente autorizadas por la entidad territorial cuando no exista oferta pública disponible” (Decreto 2133 de 2003, Art. 3). Según este mismo decreto, “[l]a entidad territorial receptora debe garantizar que el acceso a la prestación de los servicios de salud se realice en principio a través del primer nivel de atención, con los mecanismos de referencia y contrarreferencia vigentes (Art. 4º, lit. d). De acuerdo con esta disposición, los únicos procedimientos que a nivel de atención psicológica o psicosocial deben ser garantizados “en principio” por las entidades territoriales son las consultas por trabajo social, que son las únicas definidas en el POS como de primer nivel. El suministro de los procedimientos de segundo o tercer nivel de complejidad dependerá de la disponibilidad presupuestal y de los servicios contratados por las respectivas entidades territoriales.

2. Insuficiencia del marco normativo vigente para garantizar la atención en salud mental de los desplazados y en general de las víctimas del conflicto armado

Diferentes normas y documentos de política pública reconocen que la violencia propia del conflicto armado genera impactos profundos en la esfera emocional y psíquica de las víctimas, y que es obligación del Estado prestar la asistencia necesaria para mitigar tales impactos y lograr su rehabilitación. Así, además de la Ley 418 de 1997 que incluye expresamente los servicios de rehabilitación como parte de la asistencia humanitaria en salud y del Decreto 250 de 2005 que establece la atención psicosocial como parte de la ayuda humanitaria de emergencia, la Ley 812 de 2003, por la cual se aprobó el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006 dispuso en su artículo 8, como uno de los componentes de la seguridad democrática, que “[l]as víctimas del desplazamiento forzado recibirán asistencia integral en nutrición, refugio y salud física y psicosocial” (subraya fuera de texto). Igualmente, la Resolución 2358 de 1998, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental, hace alusión a la situación de los desplazados como uno de los factores críticos identificados para la formulación de esta política. Indica al respecto que “[l]a problemática de los desplazados por la violencia de las distintas regiones del país, amerita intervención y apoyo dadas las condiciones de desarraigo, tensiones emocionales, sociales, familiares y afectivas por las que pasan” (Parte 19. 4.7).

En el caso de las mujeres, esos impactos del conflicto resultan ser diferenciados y desproporcionados, por lo cual la obligación del Estado de prestar la asistencia necesaria para mitigarlos adquiere una mayor relevancia. En efecto, como ha sido reconocido por la Corte Constitucional, el conflicto armado y el desplazamiento imponen cargas materiales y psicológicas extraordinarias a las mujeres que en su conjunto generan requerimientos especiales de atención y acompañamiento psicosocial para ellas, que deben concretarse en una política pública específica y diferenciada de atención psicosocial que permita el goce efectivo de su derechos.⁹ Dicha política, como fue constatado por la Corte, no existe en el país y, a pesar de las órdenes específicas contenidas en el Auto 092 de 2008, no se ha concretado aún.

⁹ Véase: Corte Constitucional, Auto 092 de 2008.

En efecto, pese al reconocimiento expreso de la necesidad de proporcionar servicios de asistencia psicosocial y de rehabilitación a las víctimas del conflicto armado, el marco normativo vigente dista mucho de contener un modelo que resulte suficiente y adecuado para garantizar la prestación de dichos servicios. Siendo temporal el apoyo psicosocial que se brinda a las víctimas de la violencia como parte de la ayuda humanitaria de emergencia, el mismo resulta insuficiente para atender a aquellas víctimas que ven gravemente afectada su salud mental y emocional.

Los casos de las tutelantes muestran que sus padecimientos se han prolongado por un tiempo aproximado de dos años, de tal modo que la atención psicosocial como parte de la ayuda humanitaria es insuficiente. Para tales situaciones es necesario un programa específico que asegure la rehabilitación plena de la víctima, pero la normatividad colombiana al respecto es ambigua o, en el mejor de los casos, se limita a reconocer en términos generales la obligación de prestar dicho servicio, sin concretarla en medidas específicas y diferenciadas de atención.

Tal como lo explicamos en el apartado anterior, no es claro que la subcuenta de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fosyga, que es la que cubre los gastos de salud de las víctimas de la violencia, provea los recursos destinados a la rehabilitación psicológica, pues las normas que regulan el funcionamiento de la subcuenta (Decreto 1283 de 1996 y Resolución 1591 de 1995) no hacen una mención expresa a dicho componente. De otra parte, aunque la Ley 418 de 1997 sí hace mención explícita al mismo, dispone que el Ministerio de Salud debe definir los criterios técnicos y el tiempo del servicio de rehabilitación. Sin embargo, no es claro cuáles son tales criterios. De hecho, ni siquiera en la respuesta dada a la acción de tutela por el Ministerio de la Protección Social se indica algo al respecto.

De otra parte, aunque en la Política Nacional de Salud Mental adoptada mediante la Resolución 2358 de 1998 se reconoce el desplazamiento forzado como uno de los factores críticos en términos de salud mental, no incluye metas específicas, ni planes concretos para atender esta grave situación. Cabe destacar además que en el anexo 5 a la sentencia T-025 de 2004, en el que la Corte presenta sus observaciones frente a la política pública de atención a la población desplazada, se indica como uno de las falencias de esta el que *“no se han desarrollado los componentes de atención psicosocial”*.

Finalmente, es preciso aclarar que las prestaciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud en materia de salud mental no pueden suplir las deficiencias de la atención a las víctimas del conflicto armado. En primer lugar, porque la atención de las afecciones derivadas del conflicto deben ser cubiertas por las instituciones hospitalarias públicas o privadas con cargo a los recursos de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). En segundo lugar, porque el contenido de la atención en salud mental para las víctimas de la violencia no está definido por el POS, sino que debe ser fijado por el Ministerio de Protección considerando para tal efecto la situación especial en la que se encuentran las víctimas en relación con la población no afectada en su salud por el conflicto. Y en tercer lugar, porque si los servicios de salud mental se definen de conformidad con el POS, se generaría un desequilibrio injustificado entre las víctimas afiliadas al régimen contributivo, las afiliadas al régimen subsidiado y las no aseguradas, pues sólo las

primeras contarían con un esquema relativamente completo de protección en esta materia.

En síntesis, el estudio de la legislación sobre atención en salud para la población víctima del conflicto armado revela que en la actualidad no existe un marco normativo adecuado que defina con claridad la obligación del Estado de ocuparse de la rehabilitación psicológica de las víctimas, y que concrete en el plano técnico el modo como este servicio debe ser garantizado. La ausencia de una política pública que determine mecanismos, procedimientos y competencias claras que garanticen una atención psicosocial integral fue constatada por la Corte Constitucional en el Auto 092 de 2008, en el que se ordenó la creación de 13 programas que permitieran contribuir a la prevención del desplazamiento y a la protección de las víctimas del mismo, uno de los cuales es el programa de acompañamiento psicosocial para mujeres desplazadas. Aunque las organizaciones de mujeres y de desplazados reunidos en la Mesa de Seguimiento al Auto 092 definieron criterios específicos que debería incluir la política pública en la materia, persiste la ausencia de un programa específico, completo y adecuado de acompañamiento psicosocial para las mujeres desplazadas que garantice su rehabilitación plena y el goce efectivo de sus derechos.

Lo anterior permite afirmar que las deficiencias en la atención a las afecciones emocionales y psíquicas de María Romero, Juana Cárdenas, Diana Carmenza Redondo y Argénida Torres, todas ellas desplazadas y víctimas de las masacres de El Salado, obedecen a un problema estructural en el nivel del diseño de la política pública en esta materia. Por tal razón, tal como pasaremos a explicar a continuación, contrario a lo sostenido por el juez de primera instancia que negó la tutela, al Ministerio de Protección Social sí le cabe responsabilidad en la vulneración de los derechos invocados por las tutelantes.

3. Responsabilidades del Ministerio de Protección Social en materia de garantía del derecho a la salud de las víctimas del conflicto armado

El juez de primera instancia negó la tutela porque estimó que el Ministerio de Protección Social, que fue la entidad demandada, no es el encargado de la prestación de los distintos servicios de salud y que *“no está llamado a responder por las competencias atribuidas a los respectivos entes territoriales”*. Por su parte, en su respuesta a la acción de tutela el Ministerio de Protección solicitó que se le exonerara de las responsabilidades que se le endilgaban frente a la vulneración de los derechos de las tutelantes. En respaldo de su solicitud detalló el modo como había cumplido con sus obligaciones en materia de atención en salud a la población desplazada, refiriendo las siguientes acciones: (i) suscripción de convenios con entidades y hospitales públicos entre los años 1997 y 2000 para dar cumplimiento a los mandatos legales sobre atención en salud a los desplazados; (ii) reconocimiento y pago de los servicios en salud brindados por las IPS públicas y privadas durante el 2001 y el 2002; (iii) suscripción de convenios a partir del año 2003 con entidades departamentales y distritales receptoras de población desplazada; (iv) destinación en el año 2007 de la suma de \$25.000.000.000 de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito para concurrir a la financiación de la atención en salud de la población desplazada por la violencia no afiliada al sistema de salud, sin capacidad de pago y de los servicios no cubiertos por el

plan de beneficios para los afiliados al régimen subsidiado; y (v) transferencias de recursos para la atención a la población desplazada a través de los Decretos 2131 de 2003 y 4877 de 2007, y de la Resolución 00900 de 2009.

Aunque la suscripción de convenios y la destinación de recursos para la atención en salud para la población desplazada hacen parte de las actividades que el Ministerio de Protección Social debe adelantar para el cumplimiento de sus obligaciones en esta materia, las mismas no agotan su ámbito de responsabilidad. En efecto, al Ministerio de Protección le corresponde además formular y adoptar las políticas, estrategias, programas y proyectos para que se garantice el acceso a la salud a la población desplazada (Art. 172, Ley 100 de 1993), y ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control (Art. 8º, Decreto 2131 de 2002). Respecto a la formulación de políticas, y en el plano concreto de la rehabilitación psicológica de las víctimas de la violencia, el Ministerio debe definir los criterios técnicos a los que debe sujetarse la prestación de tal servicio (Art. 20, Ley 418 de 1997). Sin embargo, nada dice el Ministerio en su respuesta a la tutela en relación con el cumplimiento de esta obligación. Tampoco menciona las acciones concretas de inspección y vigilancia que ha llevado a cabo sobre este tema. De hecho, no dice nada en relación con la atención en salud mental brindada a las víctimas de las masacres de El Salado.

En este sentido, en la medida en que en el presente caso la vulneración de los derechos invocados por las tutelantes se debe a las falencias estructurales tanto en el diseño como en la implementación de una política integral de rehabilitación psicológica para las víctimas del conflicto armado, al Ministerio de Protección Social sí le cabe responsabilidad en el presente caso. Esto no quiere decir que tal responsabilidad es exclusiva del Ministerio, pues es claro que el Sistema General de Seguridad Social en Salud articula diversas instituciones para cumplir los cometidos del mismo sistema. Sin embargo, las fallas en el diseño de la política y en la inspección y vigilancia la atención en salud a la población desplazada son imputables al Ministerio de Protección Social, por ser esta la institución a la que dentro del Sistema de Salud le corresponden tales funciones.

II. La política pública en relación con la atención psicosocial frente a la población desplazada por la violencia.

1. Complementariedad y convergencia entre atención humanitaria, política social y reparación.

Como se señaló en el apartado anterior, el marco normativo colombiano que desarrolla el derecho a la salud de la población desplazada sólo contempla claramente la atención psicosocial como una medida de atención humanitaria de emergencia. Esto le permite al Estado ofrecer medidas para la estabilización transitoria de las víctimas, pero no necesariamente para el restablecimiento pleno de las afectaciones a su salud mental y a sus relaciones con el entorno social y cultural. Además, este tipo de medidas tienen una vocación meramente temporal.

Una respuesta como esta a las afectaciones psicosociales de la población desplazada es necesaria e importante, pero resulta insuficiente, e incluso, constituye un incumplimiento de las obligaciones del Estado en la materia. Tanto la violencia que

ocasiona el desplazamiento, como el desarraigo subsiguiente generan afectaciones profundas en la salud mental y emocional, así como en el ámbito psicosocial de las personas y comunidades, que el Estado debería atender de manera integral como parte de sus obligaciones. Si la atención se lleva a cabo con limitaciones temporales, se imposibilita el restablecimiento completo e integral de las víctimas.

En el caso específico de las mujeres víctimas del desplazamiento forzado, las afectaciones que sufren en el nivel psicosocial generan requerimientos especiales de atención y acompañamiento que no podrían ser suficientemente cubiertos por medidas de atención humanitaria de emergencia. Como lo ha reconocido la Corte, las mujeres desplazadas deben “*afrentar a nivel emocional y psicológico tanto (i) el dolor y los traumas derivados de haber sufrido los diversos actos de violencia a los que ya están expuestas –muchas veces sobre su propia persona, otras veces contra sus familiares cercanos, allegados o conocidos, a menudo en su presencia-, como (ii) los efectos psicosociales derivados de la pérdida de sus estructuras comunitarias de sustento, seguridad y protección, de los cambios abruptos en sus responsabilidades y roles familiares como nuevas proveedoras de familias transformadas en monopaternales, así como de los cambios en su lugar geográfico de residencia, y de la erosión de sus factores de identidad personal, y (iii) las angustias y preocupaciones propias de la necesidad de ubicarse y reconstruir sus proyectos vitales y sus medios de subsistencia*”¹⁰ en contextos extraños a sus experiencias personales. Su extensión y particularidad requieren de una política pública coherente y específica que permita su rehabilitación completa.

Una política pública que reduce la atención psicosocial a medidas humanitarias de emergencia, no solamente impone limitaciones temporales, sino que desconoce la importancia que tiene este tipo de atención para la reparación integral a las víctimas. La atención psicosocial y de salud mental no sólo debe hacer parte de aquellas medidas que pretenden reducir el riesgo, mitigar las vulnerabilidades y estabilizar a las víctimas –que son los objetivos de la asistencia humanitaria-, sino que debe contribuir de manera fundamental a la realización de uno de los componentes principales de la reparación, como lo es la rehabilitación.

En efecto, la atención psicosocial es una de las medidas que debería brindar el Estado con el fin de asegurar la rehabilitación de las víctimas. Así se desprende de la evolución del contenido del derecho a la reparación y de los estándares internacionales en la materia. De acuerdo con los *Principios y Directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*, la rehabilitación “*ha de incluir la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales*” necesarios para recuperar a la víctima por los daños y traumas sufridos como consecuencia de la violación a sus derechos. Los estándares reconocen que es fundamental enfrentar los daños ocasionados a la salud mental y ofrecer a las víctimas los servicios sociales necesarios para enfrentarlos. En el desarrollo de dichos estándares, las instancias internacionales de promoción y protección de los derechos humanos han incorporado progresivamente las medidas psicosociales como parte de la reparación. Así, por ejemplo, la Corte Interamericana ha ordenado en varias de sus sentencias la atención a la víctima con el fin de recuperar su

¹⁰ Corte Constitucional, Auto 092 de 2008.

salud mental para que pueda enfrentar las consecuencias emocionales, psicológicas y psíquicas de las violaciones sufridas.¹¹

La atención psicosocial, que resulta fundamental para el restablecimiento de las víctimas, solamente tendría sentido si se concreta en medidas que aseguren la continuidad en el servicio desde el momento mismo de la ocurrencia del hecho, hasta que se consiga la rehabilitación plena de la víctima. Las medidas de atención humanitaria de emergencia permitirían una primera respuesta, pero por su carácter temporal no resultarían suficientes para asegurar el restablecimiento pleno de la víctima. En esa medida, sería necesario garantizar la permanencia de la atención psicosocial, concretándola también en medidas de reparación, e incluirla como parte de la política social del Estado con un enfoque diferencial específico hacia las víctimas. Una articulación como esta permitiría brindar una atención psicosocial permanente y adecuada que garantice la recuperación plena de la víctima en el ámbito psicosocial.

El presente caso muestra entonces la importancia de articular diferentes tipos de medidas frente a las víctimas, a fin de asegurar su restablecimiento pleno. Esto, sin embargo, no debe resultar en el desconocimiento de las diferencias entre las medidas de asistencia humanitaria, rehabilitación y política social, y menos aún, de las obligaciones específicas que de ellas se derivan para el Estado. Como lo han reconocido instancias como la Corte Constitucional y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, entre estas medidas hay varias diferencias, tanto en su origen, como en sus bases normativas, propósito, beneficiarios y mirada temporal, que no deben ser desconocidas por el Estado.¹²

Así, la asistencia humanitaria tiene como finalidad mitigar el riesgo, reducir vulnerabilidades y estabilizar a las personas que están en situaciones de crisis derivadas de catástrofes o emergencias –como las originadas en hechos de violencia–. El Estado debe desarrollar este tipo de medidas porque tiene la obligación de garantizar efectivamente los derechos de todos y todas las ciudadanas, así como protegerlos frente a situaciones extremas. Su vocación es brindar una atención inmediata, pues se trata de asistir a las personas de urgencia y por lo general, por un tiempo limitado. Por su parte, la política social tiene una vocación más general, pues tiene como destinataria a la población que se encuentra en situación de pobreza, exclusión o desigualdad. Su finalidad esencial es satisfacer necesidades básicas, respondiendo así a los deberes estatales de realizar progresivamente los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. De esta forma, su finalidad es lograr que hacia el futuro y de manera progresiva, todos y todas las ciudadanas tengan sus necesidades básicas satisfechas y puedan gozar sus derechos en condiciones de igualdad. Finalmente, la reparación se dirige específicamente a borrar en lo posible las consecuencias de las violaciones de derechos humanos en la vida de las víctimas. Por lo tanto, se trata de corregir los efectos de un hecho del pasado que tiene consecuencias en el presente y se pueden extender hacia el futuro.¹³

¹¹ Beristain, Carlos. *Diálogos sobre reparaciones*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Costa Rica: 2008.

¹² Véase: Corte Constitucional, Sentencia C-111 de 2009, y Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, caso González y otras (“Campo Algodonero”) vs. México.

¹³ Véase: Uprimny, Rodrigo y Saffon, María Paula. *Diferencias entre asistencia humanitaria, política social y reparaciones*. Caja de Herramientas: 2007.

Estas diferencias, aunque importantes, no eliminan la posibilidad de plantear complementariedades entre estos tipos de medidas. Por el contrario, una articulación entre ellas puede asegurar la estructuración de una política pública coherente frente a las víctimas del conflicto que permita enfrentar efectivamente las afectaciones sufridas por ellas. Así, por ejemplo, una persona que ha sido víctima de desplazamiento forzado puede ser beneficiaria de medidas de asistencia humanitaria, por medio de las cuales el Estado atiende con carácter urgente la situación catastrófica o de emergencia en la cual se encuentra como consecuencia del hecho de violencia que la ha obligado a desplazarse. Esta atención es importante pero insuficiente para las víctimas de la violencia, pues estas tienen derecho también a ser reparadas por los daños sufridos como consecuencia de la violencia. Las medidas de reparación constituyen entonces el mecanismo por medio del cual el Estado debe procurar corregir los efectos de las violaciones sufridas. Este puede ser entonces un segundo momento en un proceso en el que el Estado responda a las víctimas y garantice integralmente sus derechos, así como un paso importante hacia la transformación de las condiciones de exclusión y discriminación que vivían las víctimas antes de la ocurrencia de la violación y que pueden ser la causa de la misma.¹⁴

El objetivo es en todo caso asegurar que el Estado estructure su política pública de forma tal que asegure la permanencia de la atención hasta que la víctima supere la afectación, recupere su salud mental y emocional, reestructure su proyecto de vida y sus lazos con su familia, la comunidad y su entorno social. Dicho objetivo puede alcanzarse, como se propone en esta intervención, mediante una articulación coordinada de diferentes tipos de medidas que, sin desconocer las diferencias entre las mismas, asegure la continuidad de la atención.

La articulación entre medidas de atención humanitaria de emergencia y de reparación con el fin de asegurar una atención psicosocial permanente e integral no significa en ningún caso que se agote el derecho a la reparación de las víctimas. El contenido del derecho a la reparación va más allá de la rehabilitación de la víctima y por tanto no se agota con ella. Así, aunque el Estado estructure una política pública de atención humanitaria a las víctimas del desplazamiento forzado que articule diferentes tipos de medidas, no implica que aquellas que se concreten en formas de reparación agoten este derecho. El Estado está llamado a realizar los esfuerzos necesarios a fin de cumplir con su obligación de reparar integralmente a las víctimas y procurar entonces también su restitución, indemnización y compensación.

Ahora bien, en aquellos casos en los cuales la reparación no se otorga por el Estado de manera inmediatamente posterior a la estabilización de urgencia de la víctima –que se realiza mediante las medidas de atención humanitaria de emergencia–, serían las medidas de política social del Estado las llamadas a concretar y garantizar la atención psicosocial de las víctimas. En efecto, si el objetivo es asegurar una atención psicosocial integral, permanente e ininterrumpida, resulta importante no posponer en el tiempo su concreción. En estos casos la política social debería entonces estructurarse de forma que responda efectivamente a las necesidades particulares de salud que enfrentan las

¹⁴ Véase: Uprimny, Rodrigo y Saffon, María Paula. “Reparaciones transformadoras, justicia distributiva y profundización democrática”, en Díaz, Catalina, Sánchez, Camilo y Uprimny, Rodrigo (eds). *Reparar en Colombia: los dilemas en contextos de conflicto, pobreza y exclusión*. Centro Internacional para la Justicia Transicional (ICTJ), Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (DeJusticia): 2009.

víctimas, pues estas son en general diferentes a las de la población no afectada directamente por la violencia. Las afectaciones a la salud mental, emocional y a la vida de relación de las víctimas requieren de una respuesta específica y diferenciada, que tiene como componente central la atención psicosocial. El contenido mismo de la política social en estos casos puede alimentarse de los estándares en materia de reparación, con el fin de apuntar a la rehabilitación plena de la víctima. Esto, de nuevo, no implica el agotamiento del derecho de la víctima a ser reparada de manera integral, sino una forma de asegurar una articulación virtuosa entre diferentes tipos de medidas, sin llegar a su desnaturalización. Frente a la demora en establecer programas de rehabilitación como medida de reparación —que parece ser el caso colombiano— la articulación de medidas a fin de garantizar la atención psicosocial podría implicar al menos tres pasos: (i) asistencia humanitaria de emergencia, (ii) incorporación en la política social del Estado de componentes diferenciados que permitan atender las afectaciones específicas de la víctima de la violencia, y (iii) programas de reparación que permitan su rehabilitación plena.

Las direcciones en las cuales se puede lograr una articulación virtuosa pueden ser entonces múltiples, como se ha procurado mostrar hasta ahora. Lo importante es que dicha articulación haga parte de un esfuerzo coordinado que se concrete en una política pública que asegure una atención oportuna, integral, específica y diferenciada para las víctimas.

2. Criterios constitucionales que deberían orientar la política pública en materia de atención psicosocial para la población desplazada.

Una política pública que asegure una estrategia adecuada de atención psicosocial a las víctimas de desplazamiento forzado debe apuntar al menos a un doble propósito: contribuir a la realización efectiva del derecho a la salud, así como a la realización de los derechos a la verdad, a la justicia y a la reparación. Para esto, debe ajustarse integralmente a la Constitución, y por tanto, como lo ha desarrollado la jurisprudencia de la Corte Constitucional en relación con otras políticas públicas, debe responder a unos elementos mínimos de racionalidad.¹⁵

Para que la estrategia se ajuste a los elementos mínimos de racionalidad desarrollados por la Corte se requiere, en primer lugar, tener un *ámbito de cobertura necesario y obligatorio* que le permita enfrentar la realidad fáctica de las víctimas de desplazamiento forzado, en particular las afectaciones a su salud mental y emocional, así como al proyecto de vida y las relaciones con el entorno familiar, cultural y social. La definición del ámbito de cobertura debe además tomar en consideración los impactos diferenciados y agudizados que tiene el conflicto armado sobre las mujeres¹⁶ y otros grupos vulnerables.

¹⁵ Véase, Corte Constitucional, Sentencia C-496 de 2008. En esta sentencia la Corte reconoce que el derecho a la seguridad personal de las mujeres tutelantes ha sido vulnerado y ordena su protección. Adicionalmente, constata que la vulneración se debe a una falla de la política pública de protección diseñada y ordena al gobierno llevar a cabo un análisis integral del programa de protección a víctimas y testigos de la Ley 975 de 2005. Además, ordena ajustarlo a los criterios mínimos de racionalidad desarrollados por la Corte para asegurar que las políticas públicas se ajusten a la Constitución Política.

¹⁶ Véase, Corte Constitucional, Auto 092 de 2008

En segundo lugar, debe incorporar los *derechos a garantizar y los parámetros jurídicos de obligatorio cumplimiento*. Para esto, debe identificar el alcance de los derechos y la forma como su realización puede verse limitada por las condiciones estructurales de exclusión y vulnerabilidad que enfrentan buena parte de las víctimas del conflicto en el país. En el caso del derecho a la salud, que es uno de los derechos a garantizar por la estrategia de atención psicosocial, esto implica reconocerlo como un “*derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos*”¹⁷, que no se limita a otorgar a las personas la posibilidad de estar sanas, sino que se extiende a varias libertades y derechos, como la libertad de controlar la salud, el cuerpo y la sexualidad, que se ven limitadas con la violencia que ocasiona el desplazamiento y el desarraigo subsiguiente. Implica, además, reconocer que este derecho no se agota con la posibilidad de recibir una atención en salud oportuna y apropiada, sino que incluye aquellos factores que la determinan, como el acceso a alimentos sanos, una vivienda adecuada y condiciones sanitarias apropiadas, que también se ven limitadas por el desplazamiento.

En tercer lugar, el programa debe ser desarrollado guardando su *especificidad individual*. Es decir, debe contar con una estructura orgánica, administrativa y presupuestal que le permita responder a la realidad específica de las víctimas de desplazamiento forzado y contribuir así a garantizar que estas puedan superar efectivamente sus afectaciones psicosociales. Para esto, el Estado debe diseñar una estrategia de atención psicosocial integral para la población desplazada por la violencia derivada del conflicto armado, que le permita brindar una respuesta específica, diferenciada, oportuna, adecuada y permanente.

En cuarto lugar, debe contar con un *presupuesto suficiente y oportunamente disponible*. La falta de presupuesto impide que la política pública cumpla con sus metas y asegure el goce efectivo de los derechos que pretende garantizar. En el caso de la estrategia de atención psicosocial, el presupuesto y la planeación de su ejecución son necesarios para asegurar que haya disponibilidad y permanencia en la prestación del servicio por parte del Estado. Sólo así se puede asegurar el goce efectivo de los derechos por parte de la población desplazada por la violencia.

En quinto lugar, debe asegurar *coordinación interinstitucional*. Una política pública en materia de atención psicosocial para las víctimas de desplazamiento forzado requiere de la intervención de múltiples instituciones y organismos del Estado, así como de particulares, tanto en su diseño como en la ejecución y evaluación.

En sexto lugar, la estrategia de atención psicosocial debe incorporar *dispositivos específicos para su seguimiento y evaluación*. Esto implica diseñar y adoptar metas de corto, mediano y largo plazo, basadas en el goce efectivo de los derechos a garantizar¹⁸. Estas metas deben acompañarse de mecanismos específicos de seguimiento y evaluación que permitan identificar avances, retrocesos o estancamientos. Así mismo, de mecanismos que permitan corregir aquellos aspectos que puedan resultar problemáticos para el desarrollo del programa.

En séptimo lugar, es fundamental que la estrategia incorpore *mecanismos que permitan a los potenciales beneficiarios y al público en general conocer sobre todos aquellos*

¹⁷ Consejo Económico y Social: 2000, 1

¹⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-496 de 2008.

aspectos que permitan asegurar su acceso efectivo a la atención psicosocial. Se requieren entonces mecanismos de difusión periódica de *“los procedimientos, las responsabilidades institucionales, y las metas institucionales en el marco del programa”*¹⁹.

En octavo lugar, se requiere de una coordinación centralizada que permita el cumplimiento de los objetivos de la estrategia de atención psicosocial y no disperse los esfuerzos de las otras instituciones involucradas en la ejecución de la política. Esta coordinación podría estar a cargo del Ministerio de Protección Social, en la medida en que a éste le corresponde diseñar y coordinar la política pública sobre el derecho a la salud. Aunque las prestaciones específicas del servicio puedan corresponder a otras instancias o instituciones, es el Ministerio el llamado a realizar las labores de coordinación e integración necesarias para asegurar la atención integral y efectiva de todos y todas las ciudadanas, y por lo tanto, de las víctimas de desplazamiento forzado y otras víctimas del conflicto.

III. El proceso de seguimiento a la Sentencia T-025 de 2004

Como se ha mostrado a lo largo de la intervención, en el presente caso existe una vulneración a los derechos fundamentales de las mujeres en cuyo favor se interpuso la tutela objeto de revisión. Dicha vulneración se deriva de la inexistencia de un programa de atención psicosocial a la población desplazada que sea integral, diferencial y operativo. En esa medida, el caso permite constatar la persistencia de una falla en la política pública sobre desplazamiento forzado desarrollada por el Estado Colombiano, que no ha sido superada a pesar de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-025 de 2004 y sus autos de seguimiento.

Como se ha puesto de presente en la intervención, la Corte Constitucional ordenó la creación de un programa de atención psicosocial para las mujeres víctimas de desplazamiento forzado, con el fin de asegurar su rehabilitación y enfrentar los efectos diferenciados y desproporcionados del desplazamiento en sus vidas. Sin embargo, los hechos de la presente tutela muestran que persiste el Estado de Cosas Inconstitucional, al menos en relación con una falta de respuesta efectiva a las afectaciones psicológicas sufridas por las víctimas.

Lo anterior muestra que las constataciones realizadas en virtud del presente caso guardan estrecha relación con el proceso de seguimiento a la Sentencia T-025 de 2004. En efecto, el caso permite reconocer la persistencia de las debilidades en la política pública sobre desplazamiento forzado, el incumplimiento de órdenes específicas dictadas por la Corte Constitucional, y la persistencia de la precariedad en la satisfacción de los derechos fundamentales de la población desplazada. Todos estos constituyen aspectos respecto de los cuales la Corte ha decidido mantener un proceso de seguimiento permanente, a fin de verificar si han cesado las vulneraciones a los derechos de la población desplazada.

¹⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-496 de 2008.

En la medida en que el proceso de seguimiento señalado constituye un esfuerzo por asegurar el goce efectivo de los derechos de las víctimas de desplazamiento forzado, la búsqueda de alternativas institucionales a la inexistencia de una atención psicosocial adecuada para la población desplazada, y en particular para las mujeres víctimas de desplazamiento forzado, debería ser llevada a cabo como parte del seguimiento a la Sentencia T-025 de 2004. Se sugiere entonces a la Sala de decisión que conoce del proceso en desarrollo del cual se presenta esta intervención, que además de tutelar los derechos, remita el expediente a la sala que se encarga de hacer el seguimiento al Estado de Cosas Inconstitucional. Esta medida tendría la enorme virtud de garantizar la coordinación de esfuerzos al interior de la Corte, así como la coherencia y coordinación de las órdenes que se llegaren a impartir.

Reconocemos que resulta inusual solicitar que una sala de revisión de la Corte envíe a otra sala un expediente para que ésta verifique el cumplimiento de algunas de las órdenes de tutela que sean adoptadas por aquélla. De hecho, esa solicitud en principio no es procedente pues todas las salas de revisión son iguales y todas se pronuncian a nombre de la Corte. Sin embargo, este caso es *sui generis* pues la Sala Plena de la Corte decidió comisionar a una sala especial para que ésta realice la verificación del cumplimiento de la sentencia T-025 de 2004 sobre el estado de cosas inconstitucional en desplazamiento forzado. Esa decisión de la Sala Plena es razonable dada la trascendencia del tema y dada la necesidad de que la propia Corte promueva coherencia en la política estatal frente al drama humanitario del desplazamiento forzado en Colombia. Por ello, nos parece que en aquellos casos en donde una Sala de la Corte no se limite a amparar los derechos específicos de unos peticionarios individuales que sean víctimas del desplazamiento, sino que también formule órdenes generales —como consideramos que se debe hacer en este caso en relación con la atención psicosocial de las mujeres—, entonces es procedente que el expediente sea remitido a la Sala Especial relativa a la sentencia T-025 para que ésta verifique el cumplimiento de esas órdenes generales, con el fin de asegurar la coherencia de la política estatal frente al desplazamiento.

IV. Conclusiones y solicitudes

Como se señaló en los apartados anteriores, los casos objeto de revisión por la Corte Constitucional en el presente proceso muestran: i) que existe una vulneración a los derechos de las mujeres en cuyo favor se interpuso la tutela objeto de revisión; ii) que dicha vulneración se deriva de una falla estructural en la política pública en salud, por la inexistencia de un programa de atención psicosocial diferencial; y que iii) dicha falla revela la subsistencia de las causas que llevaron a la Corte a declarar el Estado de Cosas Inconstitucional frente a la situación de la población desplazada.

En esa medida, sería necesario que la Honorable Corte adopte al menos dos tipos de decisiones. En primer lugar, que tutele los derechos de las peticionarias, y en consecuencia, ordene que reciban una atención psicosocial que permita su rehabilitación plena. En segundo lugar, que el Estado evalúe y replantee su política pública en materia de atención en salud a la población desplazada por la violencia derivada del conflicto armado colombiano, con el fin de asegurar una atención psicosocial diferencial, oportuna, permanente y adecuada que contribuya a su rehabilitación plena y efectiva.

Una evaluación de la política permitiría i) ajustarla a los estándares internacionales en materia de derecho a la salud, ii) asegurar una atención integral y diferenciada a las víctimas del conflicto, en particular con el fin de asegurar su atención psicosocial, y iii) hacer que la política se ajuste a los estándares constitucionales y responda a los elementos mínimos de racionalidad desarrollados por la Corte Constitucional.

En relación con esto último, y con el fin de asegurar la coordinación de esfuerzos y coherencia de resultados, el proceso debería ser remitido a la sala a la que le compete el seguimiento a la Sentencia T-025 de 2004, con el fin de que pueda articularlo a su trabajo y evaluarlo a la luz del conjunto de órdenes impartidas en virtud de la sentencia en mención y sus autos de seguimiento.

De la Honorable señora Magistrada Ponente y de los Honorables señores Magistrados,

Rodrigo Uprimny Yepes
C.C. No. 79.146.539 de Usaquén
Director
Centro de Estudios de Derecho,
Justicia y Sociedad DeJuSticia

Nelson Camilo Sánchez León
C.C. No. 11.203.155 de Chía
Investigador
Centro de Estudios de Derecho,
Justicia y Sociedad DeJuSticia

Diana Esther Guzmán Rodríguez
C.C. No. 52.886.418 de Bogotá
Investigadora
Centro de Estudios de Derecho,
Justicia y Sociedad DeJuSticia

Luz María Sánchez Duque
C.C. No. 30.233.501 de Manizales
Investigadora Asistente
Centro de Estudios de Derecho,
Justicia y Sociedad DeJuSticia