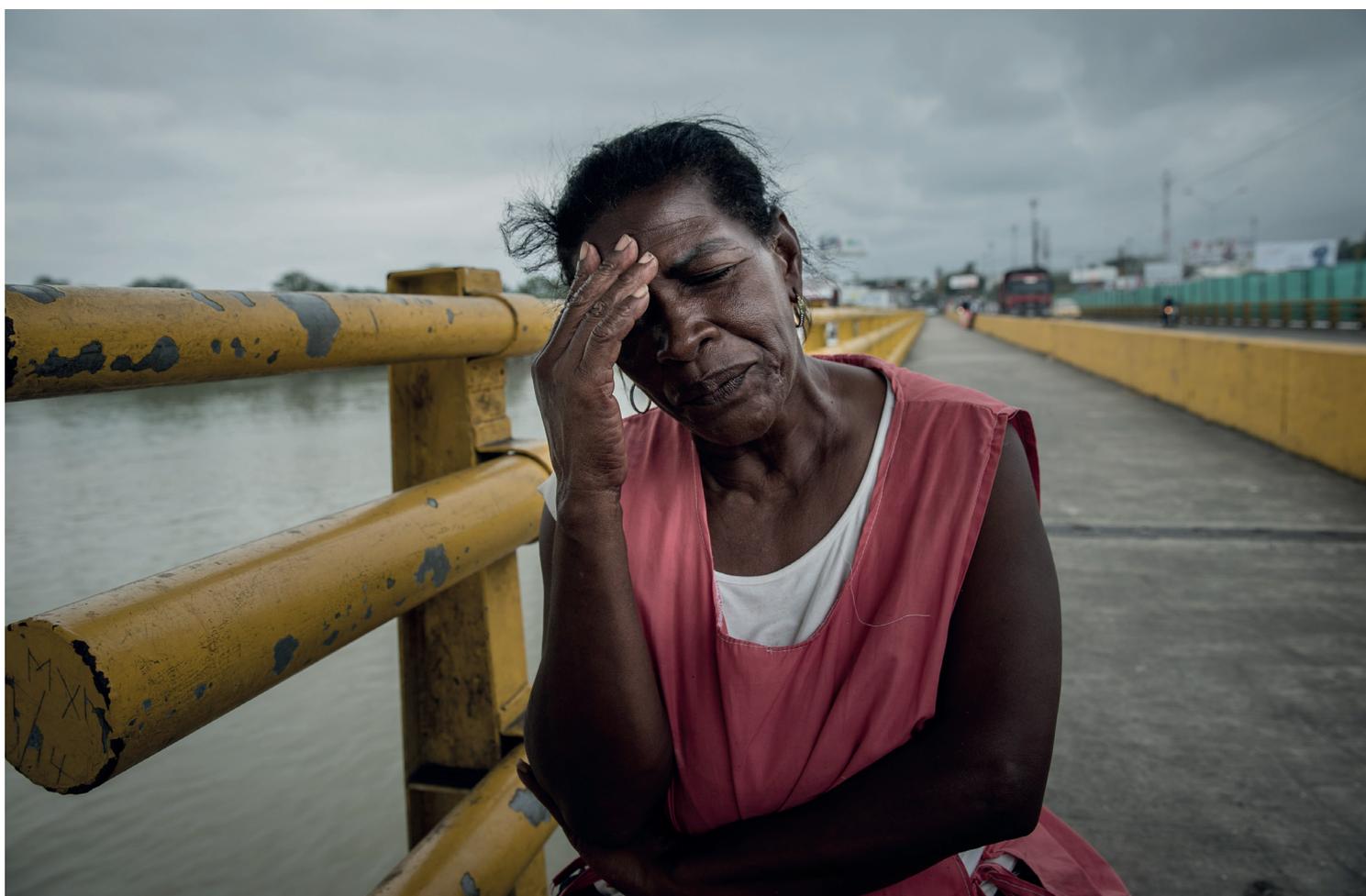


MSF Colombia
Agosto de 2017

A la sombra del proceso

Impacto de las otras violencias en la salud de la población colombiana



© Marta Soszynska

→ FOTO DE PORTADA

“No hay una sola persona en Buenaventura que no haya presenciado violencia. Necesitamos ayuda”. Nuri fue atendida por los psicólogos de MSF.

“Guardadme de la violencia, ya se exprese mediante la lengua, el puño o el corazón”.

Martin Luther King

Índice

3	Resumen ejecutivo
6	Introducción
8	Violencia en los entornos urbanos y rurales de Colombia
8	Buenaventura
11	Tumaco
13	Otras violencias y emergencias en zonas rurales
15	Impacto de la violencia en la salud mental de la población
15	Factores ligados a la violencia y su impacto en la salud mental
18	Necesidades de salud mental y vacíos en la respuesta institucional
20	Impacto de la violencia sexual: una urgencia médica
20	La magnitud del problema
22	Una carrera contra el tiempo
25	Recomendaciones
26	Anexos
26	Anexo I. Glosario
27	Anexo II. Actividades de MSF en Buenaventura y Tumaco en 2016

Resumen ejecutivo

En Buenaventura y Tumaco, se están internalizando Otras Situaciones de Violencia que tienen un claro impacto en la salud física y mental de la población

El presente informe visibiliza las consecuencias de la violencia en la salud de la población de los municipios colombianos de Buenaventura y Tumaco, donde la organización médico-humanitaria internacional Médicos Sin Fronteras (MSF) brinda servicios sanitarios a personas víctimas de la violencia. Colombia está viviendo una nueva realidad política y social con el llamado “posconflicto” y la firma e implementación de los Acuerdos de Paz con la guerrilla de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo (FARC-EP); sin embargo, un análisis de los eventos violentos registrados en las zonas de Buenaventura (departamento del Valle del Cauca) y Tumaco (Nariño) permite ilustrar que la violencia sigue activa a pesar de haber finalizado el conflicto con las FARC-EP.

En estas zonas, se observa un incremento de la presencia e influencia de organizaciones criminales y otros grupos armados¹. Asimismo, en las comunidades se están internalizando Otras Situaciones de Violencia (OSV)², como amenazas, homicidios selectivos, secuestros, desapariciones, hostigamientos, extorsiones y confinamientos.

Estas situaciones de violencia tienen un claro impacto en la salud física³ y mental de la población de los municipios de Buenaventura y Tumaco. MSF ha analizado los datos recabados en las consultas realizadas por sus psicólogos durante el periodo 2015–2016: a consecuencia de la exposición a eventos violentos y factores de riesgo, las personas atendidas sufrían condiciones como depresión (25%), ansiedad (13%), trastornos mentales (11%) –esquizofrenia, psicosis infantil, trastorno afectivo bipolar– y estrés postraumático (8%). Aunque las situaciones y necesidades de las personas atendidas por MSF en Tumaco y Buenaventura no pueden ser directamente extrapolables al resto del país, sí pueden considerarse una aproximación verosímil a la realidad que se vive en zonas urbanas y rurales de muchos departamentos de Colombia.

¹ Grupos disidentes nacidos de las guerrillas.

² La expresión ‘Otras Situaciones de Violencia’, acuñada por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), define aquellas situaciones violentas que, sin poder calificarse como conflicto armado, tienen graves consecuencias en la vida y el bienestar de la población. Estas situaciones no quedan cubiertas por el Derecho Internacional Humanitario, que, tal y como consta en el artículo 1.2 del Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra (1977), no es de aplicación en “situaciones de tensiones internas y de disturbios interiores, tales como los motines, los actos esporádicos y aislados de violencia y otros actos análogos”. Las OSV incluyen la violencia urbana, la violencia armada organizada y la violencia pandillera. Más información en: ‘Violencia urbana’, en *Revista Internacional de la Cruz Roja*, vol. 92 (nº 878), junio de 2010; recuperado el 31/07/2017 de: <https://www.icrc.org/es/international-review/violencia-urbana>

³ Cabe aclarar que el presente informe se centra en el impacto de la violencia y la violencia sexual en la salud mental y no incluye un análisis en términos de traumatismo físico y/o intencional.

A pesar de las importantes necesidades, existe un déficit en la oferta institucional de salud mental disponible en atención primaria

El informe pone en evidencia que existe un déficit en la oferta institucional de servicios de salud mental disponible en atención primaria, a pesar de las importantes necesidades de la población y de la existencia de un marco legal sobre atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno (Ley 1448 de 2011) y sobre atención en salud mental (en particular las disposiciones de la Ley 1616 de 2013, que la ratifica como derecho fundamental y reglamenta que es obligación del Estado garantizar la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todos los trastornos mentales).

En términos de violencia sexual, el análisis de los datos médicos evidencia que tan solo el 9% de los casos de violación atendidos por MSF llegaron a consulta dentro de las primeras 72 horas, periodo crítico para asegurar la mejor eficacia del tratamiento médico y reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Se observa también en las víctimas la falsa creencia (cultural y reforzada por el comportamiento en instituciones públicas ante las víctimas) de que, para recibir atención médica, es necesario presentar una denuncia ante las autoridades. A la vista de estos datos, es indispensable reforzar el mensaje de que la violencia sexual es ante todo una urgencia médica y quienes sufren una violación deben ser atendidos en el plazo de 72 horas.

Frente a esta realidad y basándose en su experiencia, MSF llama al Estado colombiano a persistir en el camino que ya ha iniciado en materia de legislación e implementación efectiva de la atención en salud mental y para las víctimas de violencia sexual. En particular, MSF recomienda a las autoridades:

1. Que los servicios de salud mental sean descentralizados para estar disponibles en atención primaria, con el fin de garantizar la asistencia oportuna y de calidad a las personas que lo requieran, brindando atención clínica tanto en hospitales y centros de salud como mediante actividades extramurales. MSF sugiere **que se contrate a psicólogos para que sean estos profesionales quienes ofrezcan atención clínica en este primer nivel de la asistencia**, no limitándose a labores de promoción como sucede ahora.
2. Que, en el caso concreto de Tumaco y Buenaventura, sean contratados para proporcionar **atención clínica** al menos siete psicólogos en Tumaco y 25 en Buenaventura; esta recomendación emana de los datos recabados por MSF en 2016 en ambos municipios, donde se estima que un 3% de la población sufría trastornos mentales que requerían atención.

- 3.** Que los médicos de atención primaria reciban capacitación sobre la estrategia mhGAP⁴ de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el fin de facilitar el diagnóstico y tratamiento adecuado de las enfermedades mentales y disminuir así las barreras a las que esta población se enfrenta a la hora de recibir atención.
- 4.** Que se garantice una mejor oferta de servicios de psiquiatría permanente, contándose al menos con un psiquiatra en el municipio de Tumaco y otro en Buenaventura.
- 5.** Que los servicios públicos e instituciones refuercen sus mensajes sobre la violencia sexual para que esta sea entendida, ante todo, como una urgencia médica. La violencia sexual debe ser tratada como un problema de salud pública y debe priorizarse la atención médica a las víctimas.
- 6.** Que se brinde atención oportuna y de calidad a las alertas o emergencias relacionadas con el confinamiento o desplazamiento de poblaciones, con el fin de evitar que los síntomas de trastorno mental se agraven o acaben generando desórdenes crónicos.

⁴ Programa de acción para superar las brechas en salud mental, disponible en http://www.who.int/mental_health/mhgap/es

Introducción

Médicos Sin Fronteras (MSF) trabaja en Colombia desde 1985 (principalmente en las zonas más afectadas por el conflicto armado), brindando asistencia sanitaria a las personas que más lo necesitaban en los lugares más remotos del país. La dinámica del conflicto ha ido cambiando y las formas de violencia han mutado, por lo que las intervenciones médicas de MSF se han adaptado para seguir respondiendo a las necesidades humanitarias en todo momento.

A partir de 2014, MSF se ha centrado en Colombia en las víctimas de Otras Situaciones de Violencia (OSV) concentradas en las zonas urbanas de los municipios de Buenaventura y Tumaco, sin olvidar la respuesta a emergencias para asistir, mayoritariamente, a víctimas de la violencia en zonas rurales.

En Tumaco, los profesionales de MSF trabajan en el seno de las estructuras del sistema de salud y, en Buenaventura, dentro de estructuras pertenecientes a la organización. En todo caso, la atención que brinda MSF se articula con el sistema de salud, tanto para las referencias y contrarreferencias de pacientes como para las actividades formativas y de socialización de experiencias. Para llegar a las personas que necesitan atención, informarlas de la disponibilidad de asistencia, ganar su confianza y conseguir que vayan a consulta, MSF utiliza una estrategia psicosocial, que incluye sensibilización y promoción de los servicios médicos y que ayuda a que las personas sean capaces de reconocer sus síntomas y la necesidad de recibir asistencia profesional.

Este informe se basa en un análisis cuantitativo de los registros médicos y de seguimiento de contexto realizados por los programas de MSF en 2015 y 2016 en Buenaventura y Tumaco; se incluyen también los datos médicos recabados durante las intervenciones de respuesta a 39 situaciones de emergencia realizadas por MSF en 2016 en un total de siete departamentos del país.

En total, fueron analizados los datos de unas 6.000 personas atendidas en consultas de salud mental en 2015 y 2016; se estudiaron las patologías atendidas, los procedimientos realizados y las barreras a las que se enfrentaban estas personas a la hora de conseguir atención sanitaria. El informe también recoge testimonios de personas atendidas en estas consultas, que se consideran representativos de las dificultades y preocupaciones que sufren estas poblaciones; estas historias personales fueron recogidas por el personal de MSF al margen de la relación médico-paciente y respetan en todos los casos las normas de confidencialidad y ética médica. A pesar de que los entrevistados aceptaron compartir sus experiencias, sus nombres han sido cambiados para garantizar su seguridad personal.

El informe pretende visibilizar las necesidades humanitarias derivadas de la violencia que sigue afectando a la población colombiana y alertar de su impacto en la salud mental. La información se estructura en tres secciones: la primera presenta el contexto documentado por MSF en 2015 y 2016 en Buenaventura y Tumaco, así como la respuesta de MSF a emergencias en otras zonas del país; la segunda describe las necesidades de salud más agudas encontradas y demás hallazgos; y la tercera se centra en la violencia sexual en ambos municipios desde un enfoque de salud pública.

Violencia en los entornos urbanos y rurales de Colombia

Colombia comenzó 2017 con una nueva realidad política y social, pero también con grandes desafíos. El Gobierno colombiano y las FARC-EP firmaron el acuerdo de paz el 24 de noviembre de 2016, poniendo fin a cuatro años de negociaciones públicas y a más de medio siglo de confrontación armada. Con la aprobación del acuerdo por el Congreso de la República a finales de 2016, daba comienzo la difícil fase de implementación. Y al mismo tiempo, el 10 de octubre de 2016, se iniciaba la fase pública de las conversaciones entre el Gobierno y el Ejército de Liberación Nacional (ELN), sin un alto el fuego establecido.

Durante el bienio 2015–2016, se redujeron los enfrentamientos armados entre las fuerzas de seguridad del Estado y las FARC-EP. A pesar de ello y del escenario de “posconflicto” que se inaugura en el país, el análisis de los eventos violentos en las zonas de Buenaventura y Tumaco donde trabaja MSF ilustra que, en estas áreas, la violencia persiste.

De hecho, se observa –como ya venía apreciándose incluso antes del acuerdo de paz– una fuerte presencia e influencia de organizaciones criminales, lo que se traduce en la existencia de Otras Situaciones de Violencia (amenazas, homicidios selectivos, secuestros, desapariciones, hostigamientos, extorsiones y confinamientos) que se internalizan y profundizan en las comunidades. Organizaciones criminales y grupos armados combaten entre sí por el control de las economías ilegales, o contra el Estado. Estas situaciones de violencia tienen un impacto claro en la salud de la población de los municipios de Buenaventura y Tumaco.



© Marta Soszynska

Buenaventura (Valle del Cauca), donde MSF trabaja desde 2015, es la ciudad con los índices de criminalidad más altos del país: una gran parte de la población está expuesta diariamente a actos violentos como asesinatos, extorsión, secuestros y violencia sexual.

Buenaventura

El **distrito de Buenaventura** (departamento del Valle del Cauca, en el suroeste del país) acoge el puerto marítimo más importante del Pacífico colombiano y se encuentra en pleno corredor del narcotráfico hacia Centroamérica y Norteamérica. Mientras tanto, cerca del 65% de la población vive en condiciones extremas de pobreza y sin servicios básicos⁵.

⁵ Millán, C. [et al.]. (2015). *Buenaventura: un puerto sin comunidad*. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica. Recuperado el 31/01/2017 de: <https://issuu.com/centronacionalmemoriahistorica/docs/buenaventura-un-pueblo-sin-comunida>

Buenaventura (casco urbano), en cifras

Población urbana*

373.717

habitantes

Población con
Necesidades Básicas
Insatisfechas (NBI)**

34,5%

Tasa de homicidios***

21/100.000

habitantes

* Proyecciones de población para 2016, Dirección Nacional de Estadística (DANE).

** Informe NBI, desagregada, a 31/12/2011, DANE.

*** Comportamiento del homicidio 2015, Instituto Nacional de Medicina Legal.

La violencia en Buenaventura es el resultado de décadas de conflicto y lucha por el control territorial entre diversos grupos armados. Fuerzas armadas, FARC-EP, grupos paramilitares y bandas criminales llevan décadas presentes en el distrito. Las llamadas 'casas de pique' ilustran las prácticas violentas que grupos armados ilegales perpetraban en Buenaventura en la década de los 2000: en estos lugares, se descuartizaban los cuerpos de las víctimas y los restos eran arrojados al agua.

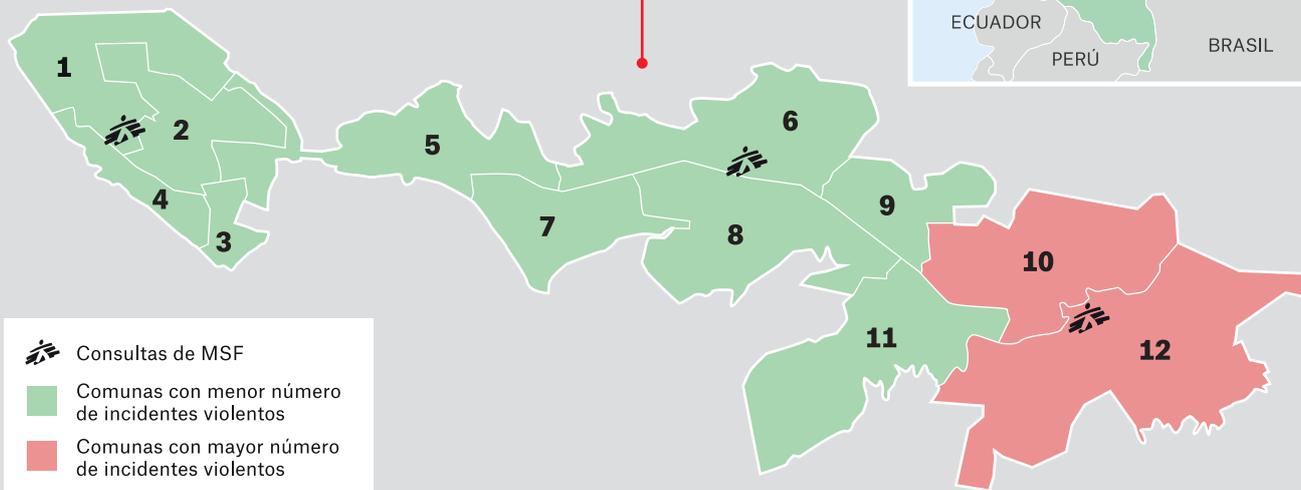
En 2015 y 2016 se observó una disminución en los incidentes violentos ligados al conflicto armado entre las fuerzas estatales y las FARC-EP. Durante este periodo, MSF registró⁶ un total de 801 incidentes en Buenaventura, de los cuales el 83% se produjeron en zona urbana y el 17% en zona rural; y del total de incidentes, el 78% correspondían a eventos ligados a Otras Situaciones de Violencia y solo el 7% estaban ligados al conflicto armado (en un 15% de los casos no se pudo determinar el origen).

Incidentes violentos predominantes en Buenaventura	2015	2016
Homicidios	28 %	23 %
Amenazas	18 %	21 %
Otros	54 %	56 %

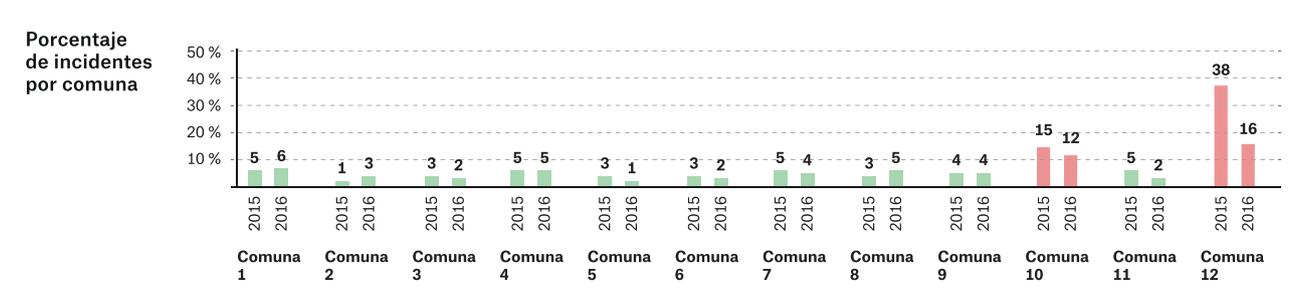
Los incidentes violentos predominantes eran homicidios y amenazas, con 46% de los casos en 2015 y un 44% en 2016. Las zonas más perjudicadas fueron las comunas 10 y 12 de Buenaventura, debido a su ubicación estratégica en el corredor del tráfico de drogas y armas. Estas comunas, además, acogen a población desplazada.

⁶ Registro de Incidentes de Contexto (RIC): sistema interno de monitoreo de MSF para fines operacionales.

Incidentes violentos registrados por MSF en Buenaventura (2015-2016)



- Consultas de MSF
- Comunas con menor número de incidentes violentos
- Comunas con mayor número de incidentes violentos



—
A partir de un testimonio recogido por MSF (Buenaventura, 2016)

La joven, de 22 años y madre de un niño, pertenecía a una familia de criminales. Tuvo que convivir durante años con los métodos de tortura y sevicia que utilizaban contra quienes ellos denominan sus “enemigos”. Además de atormentarla con sus historias, sufría malos tratos. Le reiteraban que su pequeño debía seguir los pasos de sus tíos, primos y abuelo. Aterrorizada, la paciente pensaba continuamente en romper con el estigma en el que caería su pequeño y temía por las constantes amenazas de que eran objeto.

Tumaco

San Andrés de Tumaco, comúnmente conocido como Tumaco, es uno de los municipios de Nariño (departamento fronterizo con Ecuador). Su economía reposa en la producción de palma y en la actividad del principal puerto petrolero colombiano en el Pacífico. También es el municipio con la mayor superficie de cultivo de coca de Colombia: en 2015, este cubría 16.960 hectáreas (el 18% de los cultivos de coca del país)⁷.

Tumaco (casco urbano), en cifras

Población urbana*

114.533

habitantes

Población con
Necesidades Básicas
Insatisfechas (NBI)**

48,7%

Tasa de homicidios***

65/100.000

habitantes

* Proyecciones de población para 2016, Dirección Nacional de Estadística (DANE).

** Informe NBI, desagregada, a 31/12/2011, DANE.

*** Comportamiento del homicidio 2015, Instituto Nacional de Medicina Legal.



© Lena Mucha

MSF trabaja en el municipio de Tumaco (Nariño) desde 2014.

Al igual que ocurre en el Pacífico nariñense, la presencia armada de estructuras guerrilleras, grupos paramilitares, grupos criminales y fuerzas estatales hace del municipio de Tumaco un paradigma de la complejidad del conflicto armado colombiano⁸. La región ha sido escenario de enfrentamientos entre grupos armados, de constantes disputas territoriales y de ofensivas militares⁹.

Incidentes violentos predominantes en Tumaco	2015	2016
Homicidios	26 %	55 %
Robos	12 %	9 %
Tiroteos	4 %	3 %
Otros	58 %	33 %

⁷ Colombia. Monitoreo de territorios afectados por cultivos ilícitos 2015 (julio de 2016). Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Gobierno de Colombia. Recuperado el 31/07/2017 de: https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Colombia/Monitoreo_Cultivos_ilicitos_2015.pdf

⁸ Dinámicas del conflicto armado en Tumaco y su impacto humanitario (febrero de 2014). Boletín 69 de Fundación Ideas para la Paz. Recuperado el 31/01/2017 de: <http://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/52f8ecc452239.pdf>

⁹ En los últimos años, las intervenciones militares más importantes en Tumaco han sido la Operación Espada de Honor (contra las FARC-EP) y la Operación Troya Pacífico (contra bandas criminales).

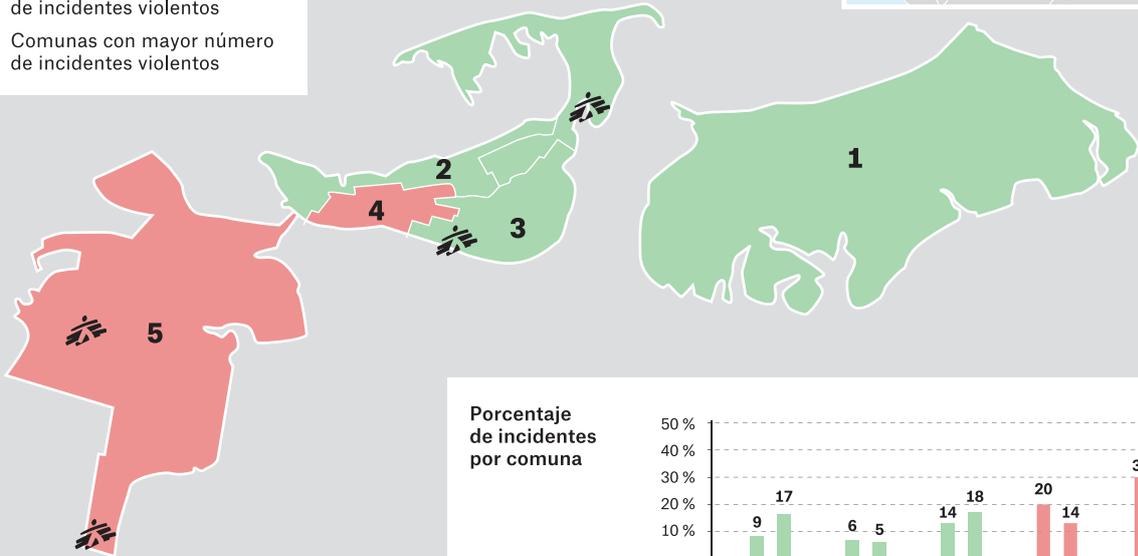
Durante 2015 y 2016, MSF registró un total de 867 incidentes de seguridad en Tumaco. A diferencia de Buenaventura, donde la mayoría de ellos se produjeron en zona urbana, en Tumaco el 51% fueron en zona rural y el 49% en zona urbana. Esto puede deberse a las disputas entre los grupos ilegales por las rutas y cultivos ilícitos en los territorios que las FARC-EP estaban evacuando.

Del total de incidentes, el 42% estaban ligados a Otras Situaciones de Violencia y un 33% al conflicto armado (en un 25% de los casos no se pudo determinar el origen). Destaca el cambio experimentado entre 2015 y 2016 en este ámbito: en efecto, en 2015 el 46% de los incidentes se derivaban del conflicto armado y el 24% correspondían a OSV, mientras que, en 2016, las OSV habían provocado el 76% y solo un 19% estaban ligados al conflicto.

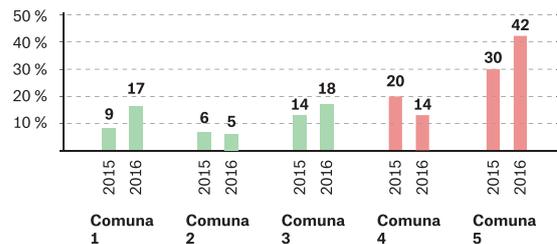
Si bien su origen ha cambiado durante este bienio, los eventos violentos siguen produciéndose. Los más habituales fueron los homicidios: un 26% en 2015 y un 55% en 2016. En cuanto a las zonas más perjudicadas, fueron las comunas 3, 4 y 5: estas áreas parecen ser de gran valor estratégico para los grupos armados que operan en los manglares para controlar la salida del río Mira hacia el mar.

Incidentes violentos registrados por MSF en Tumaco (2015-2016)

-  Consultas de MSF
-  Comunas con menor número de incidentes violentos
-  Comunas con mayor número de incidentes violentos



Porcentaje de incidentes por comuna



—
A partir de un testimonio
recogido por MSF
(Tumaco, 2016)

Janin, de 57 años, vive en un barrio de Tumaco donde varios grupos armados se disputan el control territorial. Cuando llegó a la consulta psicológica de MSF, explicó que llevaba tres meses sin poder dormir: tiene miedo, porque uno de sus vecinos, que pertenece a un grupo armado, la vigila por las rendijas de su casa y a veces por las noches se esconde debajo de la vivienda.

Otras violencias y emergencias en zonas rurales

Además de las actividades regulares en los proyectos de Buenaventura y Tumaco, en 2016, los equipos móviles de MSF respondieron a 39 situaciones de emergencia en siete departamentos del país, en su mayoría para atender las necesidades humanitarias de las víctimas de la violencia. Concretamente, 19 emergencias (49%) se relacionaban con el conflicto e implicaron a actores armados como las guerrillas (con la excepción de las FARC-EP). Otras 17 emergencias (un 44%) se debieron a Otras Situaciones de Violencia, que generaron desplazamientos masivos y situaciones de confinamiento en zona rural. Finalmente, las tres intervenciones de emergencia restantes respondieron a desastres naturales.

Tal y como se observa en el siguiente gráfico, estas intervenciones se produjeron principalmente en los departamentos de la zona Pacífico y Norte de Santander. En un 72% de estas 39 emergencias se produjo un desplazamiento masivo de la población. En total, MSF realizó cerca de 2.800 consultas de atención primaria (dada la carencia o deficiencias de los servicios médicos existentes) y más de 2.300 de salud mental; en estas últimas, el diagnóstico más habitual fue el de trastorno adaptativo (53%). Los resultados obtenidos fueron alentadores: el 97% de los pacientes experimentaron mejoría clínica respecto a sus condiciones de ingreso.

Intervenciones de emergencia de MSF en Colombia (enero - diciembre de 2016)

39 emergencias atendidas

— Causa de la emergencia

19

Conflicto armado

17

Otras Situaciones de Violencia

3

Desastre natural

— Impacto en la población

28

Desplazamiento masivo



8

Confinamiento



3

Necesidades de albergue, alimentación o agua



2.340

consultas de salud mental



2.797

consultas de atención primaria

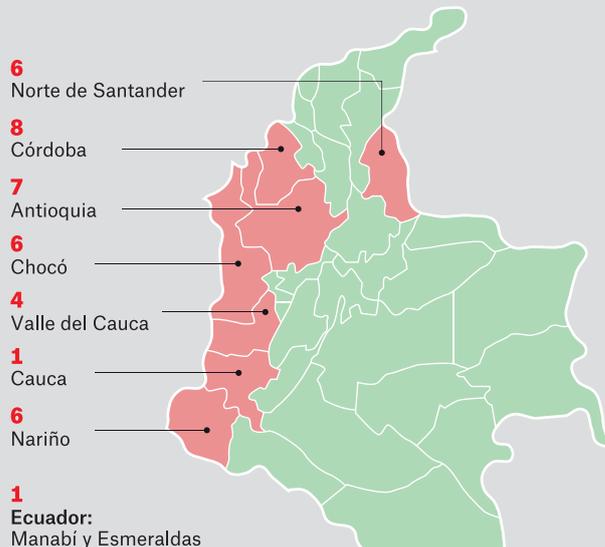


2.224

personas atendidas



Intervenciones por departamento



De las **2.340** consultas de salud mental



Pacientes con mejoría clínica al cierre terapéutico: **97%**

Principales categorías diagnósticas

Trastorno adaptativo	53%
Trastorno depresivo	7%

Factores de riesgo

Violencia	75%
Desastre natural	14%
Separación o pérdida de familiar	7%

Actividades en grupo

Actividades en grupo	Personas atendidas
Grupos psicoterapéuticos	1.086
Actividades psicosociales	10.337

De las **2.797** consultas de atención primaria

Principales categorías diagnósticas

Enfermedades cutáneas	26%
Infección respiratoria de vías altas	12%
Parasitosis intestinal	11%

Otros servicios médicos

Otros servicios médicos	Personas atendidas
Salud sexual y reproductiva	142
Atención a víctimas de violencia sexual	36

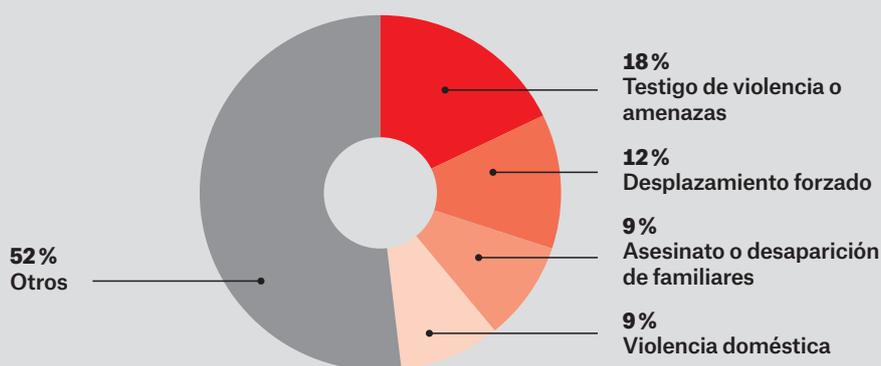
Impacto de la violencia en la salud mental de la población

La exposición sistemática a eventos violentos y la dificultad de escapar del círculo de la violencia en entornos urbanos tienen un efecto directo e importante en la salud de las poblaciones. El miedo constante y la desconfianza no solo logran quebrar las estrategias comunitarias de afrontamiento, sino que también generan malestares físicos y fracturan la salud mental, generando condiciones crónicas en las personas. A continuación, se detallan las conclusiones extraídas por MSF de su experiencia de trabajo en Colombia¹⁰ y en las comunidades de Buenaventura y Tumaco.

Factores ligados a la violencia y su impacto en la salud mental

Durante 2015 y 2016, MSF brindó atención en salud mental a cerca de 6.000 personas en Buenaventura y Tumaco. El análisis de esos registros médicos muestra que siete de cada 10 personas atendidas habían experimentado situaciones relacionadas con la violencia. Asimismo, cada paciente había estado expuesto a una media de dos eventos violentos; esto ilustra la frecuencia de la revictimización de las poblaciones atendidas por MSF.

Factores de riesgo¹¹ identificados en las consultas de salud mental de MSF (2015-2016)



Pese a que los incidentes relacionados con el conflicto con las FARC-EP disminuyeron significativamente en Tumaco y Buenaventura durante este bienio, resulta evidente que la exposición a la violencia de los habitantes de ambos municipios continuó siendo alta.

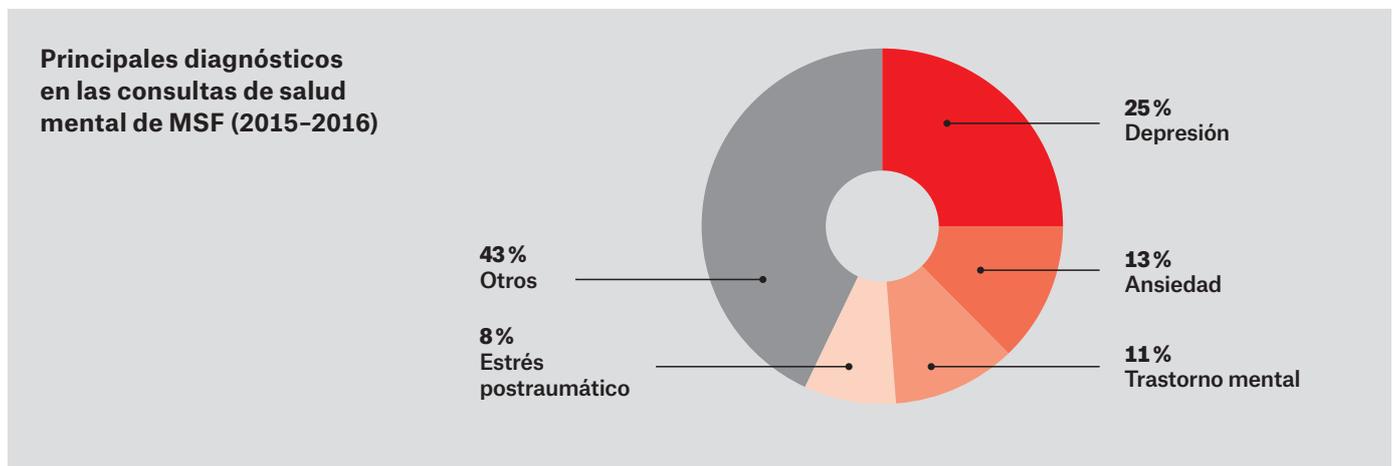
¹⁰ Para mayor información sobre el impacto de la violencia en la salud mental en Colombia, pueden consultarse los siguientes informes de MSF: *Tres veces víctimas. Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono* (2010, disponible en <https://www.msf.es/sites/default/files/legacy/adjuntos/Informe-COLOMBIA-2010.pdf>); *Las heridas menos visibles: salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia* (2013, https://www.msf.es/sites/default/files/legacy/adjuntos/Informe-Colombia_Junio-2013.pdf); *¿Y qué pasó con Caperucita?* (2014, https://www.msf.es/sites/default/files/legacy/adjuntos/Dossier%20MSF%20Violencia%20Sexual_Colombia_Nov20.pdf).

¹¹ Situación que desencadena la aparición de síntomas.

La gran mayoría de personas atendidas por MSF habían estado expuestas a más de un factor de riesgo¹², siendo los más frecuentes el ser testigo de violencia o amenazas (18%), el desplazamiento forzado (12%), el asesinato o desaparición de familiares (9%) y la violencia doméstica (9%). Los pacientes eran en su mayoría mujeres (68%); los hombres también necesitan atención pero las barreras culturales que les frenan a la hora de acudir a los servicios de salud mental pueden explicar esta diferencia.

Tal y como ha demostrado MSF en anteriores informes¹³, la exposición a eventos violentos afecta a la salud mental de las poblaciones. De hecho, la exposición a una categoría concreta de factor de riesgo suele asociarse con el desarrollo de ciertos síntomas específicos. Según se observa en el siguiente gráfico, en el caso de las poblaciones atendidas en Buenaventura y Tumaco, los diagnósticos más habituales fueron: depresión (25%), ansiedad (13%), trastorno mental (11%) y estrés postraumático (8%).

La depresión se vincula con la exposición repetida y prolongada a escenarios de violencia, y se manifiesta a través de sentimientos de desesperanza, de incertidumbre por el futuro y de que la lucha por una vida mejor ya no tiene sentido. La ansiedad aparece por la incertidumbre y el miedo de volver a pasar por este tipo de eventos y en la mayoría de los casos ya no desaparece si hay nuevas exposiciones a la violencia, generando en la persona un estado constante de alerta y necesidad de protección.



¹² A partir de la observación directa en el terreno, MSF ha detectado los factores de riesgo a los que está expuesta mayoritariamente la población atendida en los municipios de Buenaventura y Tumaco; se trata de eventos importantes ocurridos en la vida de una persona y que potencialmente pueden poner en riesgo su integridad física y psicológica.

¹³ *Ibidem* nota 10, informes *Tres veces víctimas* y *Las heridas menos visibles*.



© Lena Mucha

La mayoría de personas atendidas en las consultas de salud mental de MSF sufren depresión, ansiedad, estrés postraumático y trastorno mental. En la foto, una sesión terapéutica individual en Tumaco.

La depresión y la ansiedad son trastornos que conllevan un malestar o sufrimiento psicológico sostenido en el tiempo. Si no reciben tratamiento oportuno, en muchos casos se traducen en duelos no resueltos, por ejemplo si se relacionan con la pérdida violenta de familiares o con haber sufrido violencia sexual. En cuanto a la ansiedad, resulta difícil definir un motivo específico, ya que el 95% de las personas atendidas presentaban al menos tres factores de riesgo asociados a la violencia, que incluían circunstancias vitales devastadoras como el desplazamiento forzado, el presenciar hechos violentos o el estar expuestos al menos una vez a enfrentamientos armados. Estas circunstancias permanecen latentes en periodos de estabilidad pero, cuando se producen nuevas situaciones de violencia (aunque sean de menor gravedad), reaparecen como un mecanismo de alerta ligado a la supervivencia y al miedo a volver a quedar expuestos a la violencia.

En este sentido, una intervención oportuna con servicios de salud mental logra mitigar los efectos a largo plazo que pueden generar las experiencias traumáticas. **Según confirman los registros del programa de MSF en 2015 y 2016, el 66% de los pacientes tratados experimentaron una mejoría clínica respecto a sus condiciones de ingreso.** En estos procesos de atención psicológica, el reto más importante es lograr la confianza del paciente y su adherencia a la terapia.

Los resultados encontrados en Buenaventura y Tumaco son alentadores cuando se compara con la tasa de mejoría lograda por MSF en sus programas del departamento de Caquetá en el periodo 2005–2009, que fue del 56%¹⁴. Asimismo, es de notar que, en 2015, MSF estableció en Buenaventura un novedoso sistema de comunicación y ofrecimiento de servicios de salud mental mediante una línea telefónica gratuita (Línea de Atención Psicológica, LAP); era la primera vez que MSF utilizaba un recurso como este en Colombia, por lo que fue necesario un tiempo de implementación y ajuste para lograr una buena sensibilización y adherencia de los pacientes, promover esos servicios y mantener la proximidad con la población.

¹⁴ Este resultado se obtuvo para una cohorte similar de 5.064 personas. Ver nota 10, informe *Tres veces víctimas* (página 16).



© Marta Soszynska

Una parte importante de la actividad de divulgación de MSF en Buenaventura se dirige a construir una relación de diálogo directo con la población, de confianza en los psicólogos, para alentar a las personas que lo necesiten a buscar ayuda profesional.

Necesidades de salud mental y vacíos en la respuesta institucional

A pesar de lo alentador que resulta el que el 66% de los 6.000 pacientes atendidos por MSF en 2015 y 2016 experimentarían una mejoría clínica, **estas personas necesitan seguir recibiendo atención en salud mental y esta se les debe prestar desde la atención primaria y bajo esquemas de tipo terapéutico.** La respuesta del sistema de salud es aún insuficiente para cubrir estas necesidades; los servicios que ofrece se basan principalmente en la disponibilidad de algunos psicólogos en la atención primaria y estos no realizan procesos terapéuticos, sino que se enfocan en actividades de sensibilización y solo atienden algunos casos de forma puntual (para mejorar la adherencia o para prestar primeros auxilios psicológicos).

Por otro lado, la atención psiquiátrica está disponible solo en capitales de departamento y quienes la necesitan deben desplazarse a las ciudades de Pasto (Nariño) y Cali (Valle del Cauca). Durante 2015 y 2016, MSF atendió a 189 pacientes en fase psicótica y en su mayoría fue necesaria su derivación al sistema de salud para que pudieran recibir una atención más especializada. Dada la ausencia de servicios de psiquiatría tanto en Buenaventura como en Tumaco, los pacientes fueron referidos a Cali y Pasto. Sin embargo, según han explicado algunas de estas personas, la continuidad de las consultas y los tratamientos prescritos son complicados, debido a la distancia, los problemas de transporte y el coste del desplazamiento y la estancia.

En 2016, los equipos de MSF derivaron a 144 pacientes psiquiátricos: 11 desde Tumaco hacia Pasto y 133 desde Buenaventura a Cali. Desafortunadamente, no hay información sobre lo sucedido con estos pacientes y no es posible analizar la tasa de adherencia al tratamiento o de abandono. Por tanto, MSF no puede extraer conclusiones acerca de las condiciones de acceso de estas personas a los servicios de salud ni sobre las posibles barreras y soluciones en materia de adherencia.

En Buenaventura y Tumaco, el sistema de salud mental dispone de los siguientes recursos: en Buenaventura, en 2016, la base de datos hacía constancia de 42 psicólogos en 22 instituciones y organizaciones privadas y públicas, de los cuales 22 estaban disponibles para la atención pública en 14 instituciones o entidades promotoras de la salud (EPS). Sin embargo, esos psicólogos no realizan procesos terapéuticos. En Tumaco, las dos entidades de salud pública existentes, el Hospital de San Andrés de Tumaco E.S.E y el Centro Hospital Divino Niño E.S.E, contaban en 2016 con siete psicólogos¹⁵.

¹⁵ De estos siete, seis están en el San Andrés y el séptimo atiende urgencias en el Divino Niño.

Cabe añadir que, en 2015 y 2016, se produjo un constante cambio de psicólogos en Buenaventura y Tumaco, ya que estos profesionales trabajaban con contratos por prestación de servicios y no por nombramiento; esta rotación generó incertidumbre, inestabilidad e interrupciones de la atención.

Así pues, se observa una brecha entre la oferta institucional de servicios de salud mental en atención primaria y las importantes necesidades de las poblaciones de Buenaventura y Tumaco. Este déficit persiste a pesar de la existencia de un marco legal que regula la atención en salud mental, en particular la Ley 1616 de 2013, que la reconoce como un derecho fundamental y reglamenta que es obligación del Estado garantizar la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todos los trastornos mentales.

MSF considera que, una vez que el programa de salud mental se incorpore a la atención primaria, será necesario incluir fichas de salud mental en los reportes del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), con el fin de realizar un correcto seguimiento epidemiológico.



© Marta Soszynska

Nuri vende pescado en uno de los mercados de Buenaventura. Hace 16 años, uno de sus hijos fue brutalmente asesinado: fue decapitado y prendieron fuego a su cuerpo. Nuri ha sido atendida por un psicólogo de MSF.

“No hablaba con nadie sobre mis problemas. Ahora estoy más relajada. Si algo no funciona, aprendí a dejarlo ir. Ya no tengo miedo de todo. No hay una sola persona en Buenaventura que no haya presenciado violencia. Necesitamos ayuda”.

—

Testimonio recogido por MSF (Buenaventura, 2016)

Hace 16 años que el hijo de Nuri fue asesinado brutalmente. Desde entonces, sufre ataques de pánico y ansiedad y tiene síntomas de esquizofrenia.

Impacto de la violencia sexual: una urgencia médica¹⁶



Gisela es víctima de desplazamiento forzado y violencia sexual. Vive en uno de los suburbios de Buenaventura. Tras una primera consulta por teléfono, Gisela fue remitida a terapia individual con un psicólogo, que la ha ayudado a superar los eventos traumáticos del pasado.

La magnitud del problema

Según los informes sobre violencia de género del SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud, los casos de violencia sexual en Colombia han aumentado progresivamente desde 2014, con 16.098 casos ese año, 17.376 en 2015 y 20.686 en 2016¹⁷.

Del total de casos de 2014, el 89% de las víctimas fueron mujeres y el 11% hombres. En 2016, la situación varió ligeramente, con 12% de víctimas masculinas. Ese mismo año, en términos de distribución por departamento, las tasas más altas del país se dieron en Antioquia (16%) y Bogotá (15%); mientras, en Valle del Cauca, se notificaron 2.304 casos (11%) y en Nariño, 956 (5%).

Sin embargo, existe una diferencia entre el número de casos de violencia sexual perpetrados y los que efectivamente se notifican y registran ante las autoridades. Es de notar que la disponibilidad de atención médica para las víctimas de violencia sexual favorece la visibilización del problema. Por ejemplo, **en 2016, MSF atendió solo en el municipio de Tumaco 461 casos de violencia sexual, un 48% del total notificado en todo el departamento de Nariño.** En su mayoría, MSF consiguió llegar a estas personas gracias a la estrategia de promoción y sensibilización de tales servicios; más concretamente, el primer contacto con el paciente suele ser a través de las consultas de salud mental (así ocurrió con entre el 75 y 80% de los casos, de acuerdo a la información reportada durante las reuniones interdisciplinarias médico-psicólogo).

En consecuencia, debido al subregistro de casos de violencia sexual, es difícil analizar la magnitud del problema. Por un lado, la violencia sexual ha sido utilizada como arma de sometimiento por parte de actores del conflicto armado y organizaciones criminales, que han incluido la extorsión sexual dentro de sus estrategias de dominio y de presión.

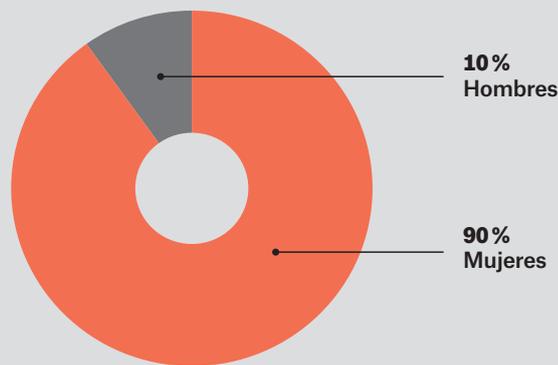
¹⁶ A efectos de conceptualización de esta problemática, se consideran las siguientes definiciones. **Violencia sexual:** se refiere a la violación, el abuso sexual, el acoso sexual, la explotación sexual y cualquier otra práctica sexual violenta realizada sin el consentimiento de la persona. **Violación:** se define como la agresión sexual con penetración de vagina, ano o boca con el pene, dedos o cualquier objeto, sin el consentimiento de la víctima. **Abuso sexual:** se refiere a los tocamientos sexuales impuestos a una persona –niño o adulto– sin su consentimiento (pueden implicar los senos, los muslos, las nalgas, los órganos genitales y/o el ano).

¹⁷ *Informe del evento de violencia de género (2015) e Informe del evento de violencia de género en Colombia hasta el periodo epidemiológico XIII (2016)*, ambos de SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud.

Por el otro, existe en la sociedad una limitada comprensión del significado de la violencia sexual. En muchos casos, quienes la han sufrido no la reconocen como tal, razón por la cual no buscan ayuda en las estructuras de salud. El ejercicio de la sexualidad se desarrolla en un ambiente de coerción, pobreza, alta demanda de servicios sexuales y patrones socioculturales que legitiman el temprano inicio de las relaciones sexuales¹⁸. **La experiencia de MSF demuestra que priorizar la atención médica y psicológica favorece la visibilización del problema y una mejor comprensión de su magnitud.**

Cabe mencionar que existe un subregistro aún mayor de los casos de violencia sexual en hombres. La población masculina es también objeto de agresiones sexuales pero, por razones culturales tales como el predominante machismo o la creencia de que la homosexualidad está directamente ligada a la violencia sexual masculina, los hombres no buscan atención ni notifican los casos a las autoridades.

Víctimas de violencia sexual atendidas por MSF en Buenaventura y Tumaco (2015-2016)



El análisis de los registros de MSF en 2016 señala que, de los 722 casos de violencia sexual atendidos en Buenaventura y Tumaco, el 10% los sufrieron hombres; de esos, el 60% eran adultos y el 40% restante, niños menores de 15 años. Asimismo, se observa que el 70% de los casos de violencia sexual masculina ocurrieron fuera de la familia, es decir que el agresor fue un vecino, un miembro de una banda o grupo armado o una pareja o expareja. Con el objetivo de llegar a más hombres víctimas de violencia sexual y comprender mejor este problema, MSF inició en 2017 una campaña informativa y de sensibilización.

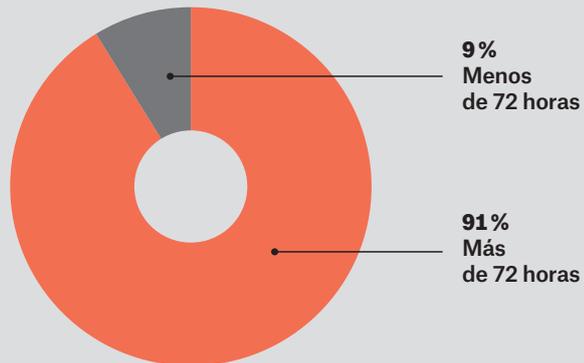
¹⁸ *Ibidem* nota 10, ¿Y qué pasó con Caperucita?.

Una carrera contra el tiempo

Durante el bienio 2015-2016, MSF atendió en Buenaventura y Tumaco un total de 1.192 casos de violencia sexual, siendo mujeres el 90%; por otra parte, dos de cada 10 casos eran menores de 15 años. **La mayoría de los casos atendidos por MSF correspondieron a violaciones: un 73% en 2015 y un 76% en 2016.**

En relación a la atención médica recibida por estas personas, **desafortunadamente tan solo el 9% de los casos de violación atendidos por MSF llegaron a consulta dentro de las primeras 72 horas (tres días)**, mientras que un 67% llegaron pasados seis meses. **La atención oportuna de una agresión sexual es una carrera contra el tiempo:** dependiendo del tipo de violencia sufrida, si se trata de una violación, existe el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual, pero si la víctima acude a consulta dentro de las primeras 72 horas, es posible proporcionarle profilaxis para el VIH, entre otras.

Tiempo transcurrido entre la violación y la llegada a consulta médica (según datos de MSF, 2015-2016)



Cuando la consulta ocurre dentro de las 120 primeras horas (cinco días), es posible proporcionar anticonceptivos de emergencia para evitar un embarazo no deseado. Sin embargo, el tratamiento es más efectivo durante las primeras 72 horas.

Finalmente, hasta los seis meses aún es posible el tratamiento con antibióticos para prevenir o tratar infecciones como la clamidia, la gonorrea o la sífilis, pero para entonces ni el VIH ni el embarazo podrán prevenirse.

Por lo anterior, **los casos de violencia sexual son una urgencia médica** y la atención sanitaria debe brindarse con celeridad para aumentar la efectividad del tratamiento y limitar el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.



En Tumaco, dos trabajadoras de MSF explican los objetivos del proyecto de salud mental, que atiende las necesidades de las víctimas del conflicto y de Otras Situaciones de Violencia, incluyendo quienes han sufrido violencia sexual.

Debido a su experiencia médica en Tumaco y Buenaventura, MSF ha observado que existe la falsa creencia (cultural y reforzada por la actitud en las instituciones públicas) de que, para recibir atención médica, es necesario presentar una denuncia ante las autoridades. En este sentido, el discurso y los mensajes sobre la violencia sexual que se transmiten desde las instituciones ponen escaso énfasis en la necesidad de que quienes sean agredidos busquen ayuda médica inmediata. En consecuencia, la violencia sexual no es tratada como un problema de salud pública y no se asocia con la necesidad de acudir al médico para recibir atención oportuna.

Aun siendo una inquietud válida e importante, si toda la atención se centra en el agresor y en que se haga justicia, puede perderse de vista a la víctima. **Por esta razón, es necesario reforzar el mensaje público e institucional de que los casos de violencia sexual son, ante todo, una urgencia médica.**

Asimismo, es necesario señalar que, en la mayoría de los casos observados por MSF, la víctima conocía al perpetrador. Así ocurría en el 70% de los 722 casos de violencia sexual tratados por MSF en Tumaco y Buenaventura en 2016, en los que el perpetrador pertenecía al círculo familiar.

Tipología del perpetrador de violencia sexual, según los datos de las consultas de MSF (2016)

	Tumaco	Buenaventura
Familiar	70 %	70 %
Persona desconocida	20 %	18 %
Integrante de grupo armado	10 %	12 %

Esta circunstancia dificulta su decisión de denunciar el caso ante las autoridades, dadas las posibles presiones y amenazas que ello puede conllevar. De hecho, además de la creencia de que es necesario denunciar para recibir atención médica, otras razones mencionadas para no hacerlo fueron las amenazas del perpetrador, la vergüenza, la presión familiar, el riesgo de estigma y la falta de confidencialidad por parte del personal sanitario. Lo anterior, sumado a la desinformación, puede explicar tan reducido porcentaje de atención médica en el periodo crítico de las 72 horas.



@Lena Mucha

Esta paciente de MSF sufrió una agresión sexual en Tumaco.

“Me invitaron al cumpleaños de una amiga. Al rato llegaron unos muchachos que no estaban invitados. Uno de ellos me brindó un vaso de gaseosa; me sentí rara, veía borroso, me quedé sentada. Es lo poco que recuerdo. Cuando me desperté, me sentía rara, tenía una incomodidad extraña; estaba en el mismo asiento pero mirando hacia otra parte y estaba como sonámbula. Con los días, sentí que mi menstruación no venía. Necesitaba a un médico pero mi seguro de salud no estaba al día y por ese motivo no podía pedir cita. Me estaba preocupando. Pasó el tiempo y mi mami me decía que estaba barrigona. Me hice una prueba de embarazo y salió positiva. Pensé: ‘¿Ahora qué hago?, ¿qué le diré a mis padres?’. Mi mente entró en conflicto: tenía en mente alcohol, pastillas, tirarme de un segundo piso... Llegamos al consultorio de Médicos Sin Fronteras. Un médico me presentó a la psicóloga. Entré con mucho miedo, pero una vez allí ya no sentía tantos nervios. Les conté lo que me había sucedido y cómo me sentía; también las ideas de suicidarme que tenía desde que me enteré de que estaba embarazada. Ellos fueron mi fuerza, mi apoyo y mi seguridad; buscaron esa fuerza que nunca intentaba buscar en ese río de nervios, enojos, frustración y alteración”.

Además del apoyo para la interrupción voluntaria del embarazo, Juliana siguió un proceso terapéutico, recibió apoyo profesional de un psicólogo, se fortalecieron sus capacidades de afrontamiento y autoprotección, y se mejoraron los espacios de interacción familiar y sus redes de apoyo en general.

—

Testimonio recogido por Médicos Sin Fronteras

Recomendaciones



© Lena Mucha

En este barrio de Tumaco, un equipo de MSF promueve casa por casa los servicios de salud mental y para víctimas de violencia sexual que la organización ofrece gratuitamente.



© Marta Soszynska

En el programa de MSF en Buenaventura, el 15% de los casos de violencia sexual atendidos los habían sufrido niños y niñas: unos tres a la semana de media. La mayor parte de las veces, los perpetradores son familiares. La mayoría de las víctimas de violencia sexual en Buenaventura son tratadas por los servicios de MSF, ya que en los centros públicos de salud no están garantizadas ni la atención integral ni la confidencialidad.

A la luz de la continuidad de otras formas de violencia en los municipios de Tumaco y Buenaventura, así como en muchas zonas rurales y urbanas de Colombia; de su impacto en la salud mental de las poblaciones; de la deficitaria oferta institucional de servicios de salud mental; de la legislación sobre salud mental existente en Colombia (en particular la sentencia T-760 de la Corte Constitucional de 2008, la Ley de Víctimas 1448 de 2011 y la Ley 1616 de 2013); de la situación de violencia sexual en estos municipios; y de su propia experiencia de trabajo médico y humanitario, Médicos Sin Fronteras recomienda al Estado colombiano:

- Que persista en el camino ya iniciado en materia de legislación y efectiva implementación de la atención psicológica y para las víctimas de violencia sexual.
- Que los servicios de salud mental sean descentralizados para estar disponibles en atención primaria, con el fin de garantizar la asistencia oportuna y de calidad a las personas que lo requieran, brindando atención clínica tanto en hospitales y centros de salud como mediante actividades extramurales.
- Que contrate a un mayor número de psicólogos generales en atención primaria **para brindar atención clínica**; en el caso concreto de Tumaco y Buenaventura, se recomienda que sean contratados al menos siete psicólogos en Tumaco y 25 en Buenaventura, municipios en los que, según los datos recabados por MSF en 2016, se estima que un 3% de la población sufría trastornos mentales que requerían atención.
- Que los médicos de atención primaria reciban capacitación sobre la estrategia mhGAP de la OMS y que se garantice la aplicación de esta última, acompañando este proceso con una estrategia de supervisión, monitoreo y garantía de acceso a medicamentos.
- Que el sistema de salud cuente al menos con un psiquiatra en el municipio de Tumaco y otro en el municipio de Buenaventura, y se asegure la disponibilidad de psicotrópicos.
- Que se refuerce el mensaje público e institucional sobre la violencia sexual para que esta sea entendida y atendida, ante todo, como una urgencia médica. La violencia sexual debe ser tratada como un problema de salud pública, priorizando la atención médica y psicológica de los afectados. El Estado colombiano debe redoblar esfuerzos para brindar servicios integrales de salud a las víctimas dentro de las primeras 72 horas; esta atención integral debe asegurar la disponibilidad de profilaxis posexposición (PPE), implementar estrategias extramurales de búsqueda activa de casos y reforzar las estrategias de sensibilización y comunicación para evitar la revictimización.
- Que las instituciones de salud responsables de la respuesta a emergencias que hayan causado confinamientos o desplazamientos de población ofrezcan servicios de salud mental.

DANE	Dirección Nacional de Estadística
ELN	Ejército de Liberación Nacional
EPS	Entidad Promotora de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
FARC-EP	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo
INML	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
MSF	Médicos Sin Fronteras
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OSV	Otras Situaciones de Violencia
OMS	Organización Mundial de la Salud
PPE	Profilaxis posexposición
RIC	Registro de Incidentes de Contexto de MSF
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Anexo II. Actividades de MSF en Buenaventura y Tumaco en 2016

Atención en salud mental

9.839 consultas



3.953 personas atendidas



1% <5 años
20% 5-14 años
9% 15-18 años
70% >19 años

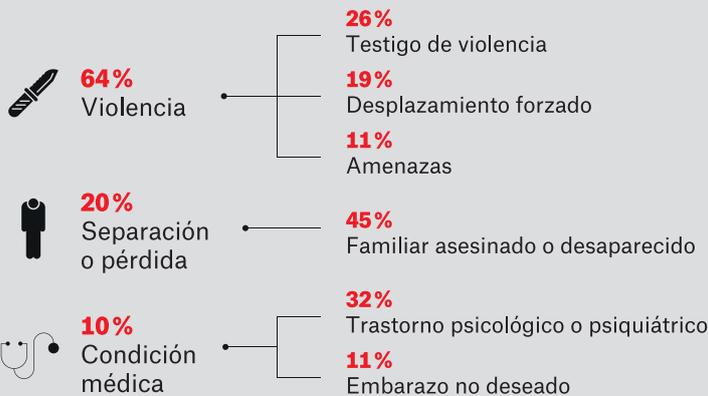
68% Mujeres



32% Hombres



— Principales factores de riesgo en los pacientes



— Principales diagnósticos

26% Depresión
10% Trastorno adaptativo
10% Estrés posttraumático
7% Ansiedad generalizada

Derivaciones de pacientes psiquiátricos al sistema de salud

117 personas con diagnóstico presuntivo de trastorno psicótico

Actividades en grupo

Grupos psicoterapéuticos

Personas atendidas

481

Actividades psicosociales

38.521

3.573 cierres terapéuticos

69% pacientes con mejoría

Atención en violencia sexual

722 casos de violencia sexual atendidos

De los cuales **48** recibieron atención integral en **menos de 72 horas**

2% <5 años
20% 5-14 años
10% 15-18 años
68% >19 años

90% Mujeres



10% Hombres



76% Violación

21% Abuso sexual

En 7 de cada 10 casos, la víctima conocía al agresor

Para más información:
msfe-bogota-hom@barcelona.msf.org
msfe-bogota-hao@barcelona.msf.org

