

**Trabajo de grado para optar al título de magíster en Gobierno y
Políticas Públicas**

**Análisis de la atención psicosocial del Programa de Atención
Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) en el municipio de
Quibdó (2013-2016)**

**Patricia Esther Perea Rodríguez
Noviembre de 2017**

**Universidad EAFIT
Medellín
Departamento de Gobierno y Ciencias Políticas
Maestría en Gobierno y Políticas Públicas**

Copyright © 2017 por Patricia Perea Rodríguez. Todos los derechos reservados.

Contenido

Introducción	1
Capítulo 1. Estado del arte	5
Capítulo 2. Conflicto armado y víctimas en Colombia	11
<u>Conflicto armado en Colombia</u>	11
<u>Conflicto armado en el departamento del Chocó y el municipio de Quibdó</u>	12
<u>Víctimas y desplazamiento en Colombia</u>	13
<u>Víctimas del conflicto armado en el departamento del Chocó y el municipio de Quibdó</u>	14
Capítulo 3. Normatividad jurídica	15
<u>Marco constitucional</u>	15
<u>Sentencias</u>	16
<u>Marco legal</u>	16
<u>Marco reglamentario</u>	17
Capítulo 4. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)	17
Capítulo 5. Análisis de la atención psicosocial del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)	19
Capítulo 6. Propuesta para el mejoramiento del diseño del componente de atención psicosocial del PAPSIVI	24
<u>Identificación y cuantificación de la población potencial, objetiva y atendida, y focalización</u>	24
<u>Presupuesto</u>	24
<u>Principales metas de fin, propósito y componentes</u>	25
<u>Atención individual</u>	25
<u>Modalidad familiar</u>	26
<u>Modalidad comunitaria</u>	26
<u>Articulación con otras instituciones del sistema nacional de reparación integral a las víctimas (SNARIV)</u>	26
<u>Indicadores</u>	26
<u>Divulgación</u>	26
<u>Focalización</u>	27
Conclusiones	27
Lista de referencias	31
Anexos	34
<u>Tabla 1. Cobertura del programa PAPSIVI Municipio de Quibdó</u>	34
<u>Tabla 2. Prevalencia de cualquier trastorno mental en adulto de la población colombiana, por grupos etarios, región y pobreza</u>	35
<u>Tabla 3. Cobertura del PAPSIVI en el departamento del Chocó</u>	36
<u>Tabla 4. Conflicto armado y seguridad municipio de Quibdó</u>	37
<u>Tabla 5. Número de víctimas registradas por año municipio de Quibdó</u>	37

<i>Tabla 6. Número de víctimas registradas por año Departamento del Chocó</i>	38
<i>Tabla 7. Muertes violentas según manera y sexo de la víctima – Ciudades capitales 2014 (enero - diciembre)</i>	39
<i>Tabla 8. Muertes violentas según manera y sexo de la víctima – Ciudades capitales 2015 (enero - diciembre)</i>	40
<i>Tabla 9. Muertes violentas según manera de la víctima – Ciudades capitales 2016 (enero - diciembre)</i>	41
<i>Figura 1. Cantidad de Homicidios Registrados (cada 100 mil habitantes, última medición: 2014, DIJIN)</i>	42

Introducción

El presente estudio constituye un análisis de la atención psicosocial del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) en el municipio de Quibdó (2013-2016). Este programa es relativamente nuevo, ya que se viene desarrollando en el municipio desde el año 2013 y ofrece una atención psicosocial a víctimas del conflicto armado que presentan síntomas de trastornos mentales (ansiedad, depresión, estrés postraumático, etc.) y psicosociales (sufrimiento moral, cambio en el proyecto de vida, deterioro en la vida de relación de las comunidades y el sujeto colectivo, entre otros). El programa busca también prevenir los daños a la integridad psicológica y moral a las víctimas. Actualmente, es ejecutado por el Secretariado Nacional de Pastoral Social¹, entidad que ha venido trabajando con esta población desde hace muchos años. El objetivo de este trabajo es analizar la atención psicosocial del PAPSIVI a víctimas asentadas en el municipio de Quibdó, durante el periodo 2013 -2016, y realizar una propuesta para su fortalecimiento como estrategia de construcción de paz.

En relación con el contexto general, cabe recordar que la guerra en Colombia lleva más de 60 años y ha afectado de diferentes formas a un buen número de su población. La confrontación bélica ha desencadenado una serie de desplazamientos forzosos de campesinos, que tuvieron que dejarlo todo e irse a zonas urbanas para garantizar la seguridad de sus vidas, debido a las grandes violaciones a los derechos humanos (secuestro, homicidios, violación física, tortura, prostitución, desaparición forzada, falta de autoridad y legitimidad de sus gobernantes). Este conflicto ha dejado huellas imborrables, tanto físicas como psicológicas, que afectan a la población involucrada directa o indirectamente con la guerra. Los hechos violentos en Colombia suman más de ocho millones de víctimas; uno de los territorios más afectados es el Departamento del Chocó —donde se registran 172.627 víctimas—, en cuya capital, Quibdó, se cuentan 69.412, según en el Registro Único de Víctimas (RUV), a corte del

¹ Es un organismo de servicio dependiente de la Conferencia Episcopal de Colombia y encomendado a la Comisión Episcopal de Pastoral Social y Caritativa, que acompaña, orienta y anima programas de orden social, económico y político con instituciones oficiales y privadas.

1 de octubre de 2017. Su aislada geografía es propicia para asentamientos de diferentes grupos al margen de la ley, lo que ocasiona que la capital chocoana sea una de las ciudades con el mayor asentamiento de desplazados en su territorio, el cual tiene una población de 116.058 de habitantes (según el DANE), del cual el 55% es víctima del conflicto.

Lo anterior guarda una relación directa con la tendencia sostenida de los altos índices de desempleo en los últimos años. Así, según informes del DANE de febrero de 2017, la tasa de desempleo en Quibdó fue de 16.9%, ocupando el segundo lugar a nivel nacional; además, Chocó fue el departamento con mayor índice de pobreza monetaria en el año 2016, donde el 59% de sus habitantes gana menos de 3.823 pesos al día.

Además, en los últimos años ha habido un aumento de los índices de violencia en Quibdó, como registra el periódico *El Tiempo* (30 de agosto de 2017): “en el 2013 se cometieron 108 homicidios, en el 2014, 82, en el 2015, 80 y en el 2016, 124 homicidios”. Estas cifras superan el promedio nacional y cada día es más difícil para las autoridades controlar la cantidad de grupos al margen de la ley asentados en la ciudad y los fenómenos de violencia y homicidios, que afectan principalmente a la población más joven.

Los beneficiarios del PAPSIVI que después de haber recibido las ocho sesiones de tratamiento programadas deban continuar con la atención psicosocial o requieran algún procedimiento especializado, son remitidos al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que actualmente es precario en el municipio de Quibdó y presenta muchas limitaciones, bajos índices de calidad y altos índices de morbilidad y mortalidad.

A la fecha de terminación de esta investigación, el programa se había realizado en cinco fases, en periodos no consecutivos, con una cobertura mínima respecto a la cantidad de víctimas registradas en Quibdó y con una disminución de beneficiarios;

para la implementación de la fase 5 se planeó una meta inicial de 320 víctimas. La asignación de recursos tuvo una reducción significativa para el departamento del Chocó, así: en el año 2013 fueron \$1.190.476.000, en el 2014, \$1.089.500.000, y en el 2015, 716.892.609 pesos.

Este documento está dividido en seis capítulos: el primero es el estado del arte. El segundo presenta un contexto general del conflicto armado en Colombia, especialmente en Chocó y en Quibdó, donde se evidencia que la guerra comienza a ahondar en los años 90 en el Departamento, siendo su capital una de las ciudades más inseguras en la actualidad dado que, entre otros factores, la tasa de homicidios supera los promedios nacionales. Además, se ocupa de las víctimas y el desplazamiento, uno de los principales problemas de orden social en Colombia, producto de la violencia y del conflicto armado, que deja en las víctimas una huella imborrable, afectando su salud mental y física. El tercer capítulo aborda la normatividad jurídica con que se soporta el PAPSIVI, que forma parte de las medidas de asistencia y rehabilitación emanadas en la Ley 1448 de 2011, en su artículo 137, y del Decreto Reglamentario 4800 del mismo año, en sus artículos 164, 165, 166. Esta normativa va de la mano de la Constitución del 1991 y la normatividad internacional, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) y el Derecho Internacional Humanitario. El cuarto capítulo da cuenta de las generalidades del PAPSIVI, específicamente de sus dos líneas: atención psicosocial y salud integral a víctimas. La primera línea se ocupa de la atención individual, familiar y comunitaria y la segunda, de asistencia en salud, rehabilitación física y mental, promoción y prevención, a través de IPS y EPS-S. El quinto capítulo realiza un análisis de la atención psicosocial del PAPSIVI, donde se evidencia la baja cobertura del programa, recursos económicos insuficientes y algunas fallas en su implementación como la no ejecución del programa en forma continua, entre otros aspectos. Finalmente, el sexto capítulo plantea una propuesta para el mejoramiento del diseño del componente de atención psicosocial del PAPSIVI.

La hipótesis de investigación señala que la atención psicosocial del PAPSIVI en el Municipio de Quibdó, como medida de reparación, no ha tenido el alcance esperado,

debido a la baja cobertura del programa, la falta de recursos económicos, algunos errores en el diseño y fallas en su implementación. Para su validación se empleó el método deductivo y una aproximación cualitativa.

Como instrumento para la recolección de información se eligió la realización de 17 entrevistas semiestructuradas y no estructuradas a actores definidos como relevantes. Estas se distribuyeron de la siguiente manera: 7 a profesionales que trabajan y han laborado en el PAPSIVI, 3 a representantes legales de organizaciones de víctimas, 5 a beneficiarios del programa, 1 a líder comunitario y 1 que no ha recibido atención psicosocial; 10 entrevistados aceptaron firmar el consentimiento informado².

Además, se hizo una revisión bibliográfica sobre estudios similares realizados a en el ámbito internacional y provenientes de organizaciones que trabajan con esta población; se analizó la normatividad jurídica y algunos informes del PAPSIVI. Posteriormente, se procedió a realizar un análisis descriptivo del programa, teniendo en cuenta la cobertura y los parámetros establecidos por la normatividad sobre el diseño e implementación del PAPSIVI como metas (cobertura), presupuesto, orientaciones metodológicas de las líneas de atención (individual, familiar y comunitaria), identificación y cuantificación de la población potencial, objetiva y atendida, focalización de los beneficiarios, articulación con otras instituciones del Sistema Nacional de Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV), divulgación e indicadores.

Adicionalmente, se realizaron otras entrevistas a víctimas beneficiarias y no beneficiarias del programa, líderes comunitarios y profesionales del PAPSIVI; también se hizo un análisis de la literatura acerca de apoyo psicosocial y salud mental en víctimas del conflicto armado y se revisaron estudios similares publicados entre el año 2002 y el 2017.

² Algunos profesionales que laboran en el PAPSIVI pidieron reserva de sus datos, ya que trabajan con población vulnerable y deben tener confidencialidad de la información.

Se concluye que hay que aumentar la cobertura de los beneficiarios, el número de profesionales y recursos económicos para la implementación del PAPSIVI, así como prestar la atención psicosocial del programa, en forma continua, y mejorar su divulgación.

Se agradece a la Fundación Manos Visibles por cooperar con este estudio y por apostarle a la capacitación y educación de líderes del Pacífico colombiano, lo cual contribuye indudablemente con el desarrollo del Chocó. Así mismo, se le extiende un agradecimiento a la Asociación de Mujeres Afro Desplazadas Edificadoras de Redes de Equidad (ASOMADERE), en cabeza de la coordinadora del municipio de Quibdó, Herlin Hinestroza Rodríguez, por ser clave fundamental para la focalización de la población víctima y organizaciones de víctimas, líderes y lideresas que participaron en la investigación. Finalmente, gracias al Padre Celestial por las bendiciones recibidas.

Capítulo 1. Estado del arte

A continuación se presenta la revisión bibliográfica acerca del apoyo psicosocial y la salud mental en víctimas del conflicto armado, entre el año 2002 y 2017. Para iniciar, se trae a colación el *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014* (2016), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizado en 133 países. Este enuncia 7 estrategias para la prevención de la violencia, entre ellas la creación de programas de detección, atención y apoyo a las víctimas. Este documento revela que la inversión realizada por los diferentes países en estos programas no corresponde a la magnitud del problema. Allí se señala que solo un tercio de países encuestados invierten en programas de prevención con un alcance superior al 30% de la población afectada. Por otra parte, especifica este informe, que el 80% de los países encuestados tienen leyes vigentes para la prevención de la violencia, pero que solo el 57% las aplican. Es fundamental prestar servicios de apoyo para disminuir el trauma, evitar revictimización y prevenir actos violentos, menos de la mitad de los países prestan servicios de salud mental (dos tercios de los países en la Región de las

Américas, de la Región de Europa, y el 15% en la Región de África) (OMS, 2016). El informe recomienda que los países verifiquen datos para entender la magnitud del problema y realicen programas integrales que velen por la aplicación de leyes y políticas.

Moreno y Díaz (2016) llevan a cabo una revisión de la literatura donde analizan estudios realizados por diferentes autores, referente a la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia a partir de cuatro categorías: a) iniciativas estatales para la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado, b) reflexiones investigativas sobre procesos de atención a víctimas, c) recomendaciones para instituciones y profesionales que adelantan procesos de atención a víctimas y d) reivindicación del sujeto (Moreno y Díaz, 2016).

Los mencionados autores (2016) analizan las ideas de Toro (2011) referentes a los programas realizados por el gobierno que son de tipo asistencialistas, y conllevan a que la comunidad tienda a ser más receptora y pasiva, dependiente del Estado y de las organizaciones no gubernamentales. resaltan también la propuesta de Meertens (2006), en la que se da importancia a fenómenos culturales que ayudan al reconocimiento de la identidad de las comunidades y la relevancia del enfoque diferencial, lo cual permite, así mismo, el afrontamiento de las adversidades de las víctimas.

Hewitt, Parada, Juárez, Parada, Guerrero, Romero, Vargas (2016) realizan un estudio en el que se aplicaron pruebas de estrés postraumático, análisis de síntomas y escalas de estrategias de afrontamiento y resiliencia, dando como resultado la caracterización de las afectaciones más comunes entre ellas. El estudio arroja que las más evidentes son estrés postraumático, ansiedad, depresión y riesgo al suicidio. Así mismo, revela que los síntomas más frecuentes fueron consumo de alcohol, alteraciones del estado de ánimo, ansiedad y trastornos de somatización.

La literatura también describe los recursos psicológicos que utilizaron las víctimas para afrontar esta situación, por ejemplo:

El uso de habilidades de afrontamiento como la evitación emocional, la agresión, la negación y la falta de autonomía incrementan la presentación de ansiedad-depresión mientras que el uso de las habilidades de afrontamiento de reevaluación positiva y solución de problemas la disminuye (Hewitt et al., 2016,p135).

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), la región Pacífico tiene un 5.6% de prevalencia de trastornos mentales en adultos entre los 18 y 44 años, la más alta del país. En el rango de trastornos mentales para toda la vida, ocupa el segundo puesto con un 11%, antecedido por Bogotá con un 12.9%. Para más detalle se sugiere ver, en los Anexos, Tabla 2.

Una revisión sistemática realizada por Campo, Oviedo y Herazo (2014), en *La Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia desde 1994 – 2013*, revela el alto número de víctimas que sufren trastornos mentales y los daños materiales e inmateriales que padece esta población, como sufrimiento moral, cambio en el proyecto de vida y deterioro en la vida de relación de las comunidades y el sujeto colectivo (Campo, Oviedo y Herazo, 2014). Estas consecuencias afectan de manera trascendental la vida de cada víctima y su relación con el entorno y los demás ciudadanos.

Esa misma investigación resalta la estigmatización, la discriminación, el prejuicio y la revictimización que deben afrontar estas personas por su situación. Además, evidencia la limitación y el poco acceso a los servicios de salud y a procesos psicosociales, indica la importancia de realizar análisis sobre los programas psicosociales recibidos y propone la necesidad de una nueva normatividad que tenga en cuenta el impacto negativo del desplazamiento y mejore los programas de atención vigentes.

Por su parte, la organización internacional Médicos sin Fronteras (2013), en un estudio con 4.455 pacientes que fueron a consulta psicológica en Cauca, Nariño, Caquetá y Putumayo, revela que la violencia es el evento que más afecta la salud mental de la población civil. Los resultados de esta investigación señalan que el 67% de los usuarios tenía mayor tendencia a sufrir síntomas de depresión y ansiedad o cuadros de estrés post-traumático que aquellos pacientes que padecieron factores de riesgo no asociados a la violencia. Este estudio es concluyente en los siguientes términos:

Las víctimas del conflicto sufren las consecuencias de la violencia, manifestada entre otras formas a través del silencio y del estigma de la sociedad, que agrava su vulnerabilidad, genera aislamiento y obstaculiza su recuperación emocional. La falta de integración social a su vez dificulta su acceso al trabajo, la vivienda, la educación y la salud, agravando las pocas garantías que tienen de restablecimiento social, económico y emocional. A esto se suma el estigma por padecer un trastorno mental, que genera más discriminación y segregación hacia la persona que lo sufre (Médicos sin Fronteras, 2013, p.18).

Con relación al PAPSIVI, Médicos sin Fronteras recomienda que no debería definirse únicamente en función de las víctimas reconocidas. Igualmente, Campo, Oviedo y Herazo (2014) encontraron que “esta situación afectó y afecta en forma importante el bienestar general y la calidad de vida de estas personas” (p. 213). Además, concluye este estudio que:

De 1.553 víctimas en situación de desplazamiento, el 22,3% no registraron la situación de víctimas oficialmente, debido a que el reconocimiento implica un menoscabo de la autoeficacia, la autonomía y la autoestima personal y que muchas víctimas no utilizan los servicios en salud mental para evitar el complejo estigma-discriminación, este representa la barrera de acceso más importante y menos estudiada en salud mental (Campo, Oviedo y Herazo, 2014, p. 215).

Por lo tanto, las víctimas de conflicto interno en situación de desplazamiento tienen sus límites para acceder a los servicios de apoyo psicosocial donde ellos mismos bloquean su acceso. De hecho, uno de los parámetros del PAPSIVI es que la

víctima quiera pertenecer al programa psicosocial. Al respecto, Campo, Oviedo y Herazo (2014) afirman que:

Esta situación estresora da como resultados cambios fisiológicos que las hacen más sensibles a las adversidades, con pocas opciones a nivel laboral, social, obligándolas al subempleo, desempleo, mendicidad, esto hace que esta población engrose los asentamientos subnormales que viven en extrema pobreza con alta frecuencia de delincuencia, violencia y consumo de sustancias ilegales que pueden ser sujetos de abuso y adicción (Campo, Oviedo y Herazo, 2014, p.p. 212 – 215).

Lira (2010), en su estudio sobre *Trauma, duelo, reparación y memoria*, describe la experiencia del trabajo psicosocial realizado en Chile con víctimas de violaciones de derechos humanos, durante el régimen militar de este país (1973 – 1990), cuando las fuerzas armadas derrocaron el gobierno de Salvador Allende, en donde miles de personas fueron asesinadas, torturadas, encarceladas y expulsadas con la nueva dictadura. Al respecto de la atención a las víctimas, Lira (2010) señala que:

Este apoyo psicosocial lo comienza la Iglesia católica que junto a fundaciones, brindaron acompañamiento mediante trabajo grupal, familiar, individual, asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y terapia ocupacional, con programas como el de Reparación Integral de Salud (PRAIS), con capacitación constante a profesionales, con compromiso y ética, teniendo en cuenta efectos emocionales, proyectos vitales, duelo, miedo; garantizando una memoria histórica y un reconocimiento sobre lo vivido, que ayude a la víctima a volver a comenzar (Lira, 2010, p.p. 17 – 23).

Por esta razón, en ese contexto, se crearon la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación (1990-1991) y la Comisión Nacional de Prisión Política y Tortura (2003 - 2005), con énfasis en la reparación de la repercusión de la violencia política. Esta experiencia chilena da cuenta del éxito del apoyo psicosocial adecuado, a partir del cual las víctimas pueden enfrentar traumas ocasionados por la guerra, volver a comenzar y tener una participación activa en la sociedad. Este es un reto permanente en todas aquellas sociedades que se han visto enfrentadas a superar un conflicto, el cual puede tomar muchos años, pero que es esencial para conseguir la paz, perdonar y superar todas las heridas mentales que deja la guerra.

De igual modo, Rodríguez, De la Torre y Miranda (2002), en el estudio *La salud mental en situaciones de conflicto armado*, afirman que “además de lo psicopatológico, lo que hay que tener en cuenta es la amplia gama de problemas con alto contenido social” (p.340). Esta investigación contempla una revisión sobre el conflicto armado en Guatemala, donde se evidenció el incremento de sustancias adictivas, el aumento de trastornos mentales (durante y después de la guerra) conductas suicidas y el impacto de la guerra en las familias. Con este estudio se concluye que la afectación psicosocial se debe tener en cuenta a la hora de implementar programas de salud mental en víctimas, y también que se debe realizar un acompañamiento humano, de carácter grupal, en momentos significativos (emergencias, exhumaciones, etc.), como estrategia de abordaje comunitario que complemente las intervenciones clínicas.

Si se comparan los estudios realizados sobre el apoyo psicosocial a víctimas de otros países, con el PAPSIVI se encuentran similitudes en cuanto a las líneas de atención (individual, familiar y grupal), pero se diferencia en que las líneas internacionales ofrecen atención médica, psiquiátrica y terapia ocupacional; en cambio, en Colombia estos servicios son brindados por el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Las víctimas del conflicto se deben enfrentar a diversas circunstancias, que si no son abordadas por el Estado, pueden afectar la salud mental y el entorno psicosocial. No obstante, en Colombia, el apoyo psicosocial brindado a esta población es mínimo en comparación con la cantidad de víctimas existentes. Esta situación es preocupante en el municipio de Quibdó, por los pocos beneficiarios del programa PAPSIVI, y por el desorden social que se está presentando en la ciudad en la actualidad.

Capítulo 2. Conflicto armado y víctimas en Colombia

Conflicto armado en Colombia

La guerra en Colombia lleva más de 60 años y ha causado afectación en gran parte de la población. Cabe resaltar algunos sucesos notorios hacia el año 1940, en los cuales se registraron hechos de violencia estatal en contra de comunidades indígenas, campesinas y los colectivos de trabajadores. Posteriormente, con la aparición del Frente Nacional, la resistencia campesina condujo al agravamiento del conflicto social armado. En la década de 1960 surgen las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), con el objeto de liderar las luchas campesinas y lograr un programa agrario equitativo y justo. El Ejército de Liberación Nacional (ELN) nace en 1984; el Ejército Popular de Liberación (EPL), en 1965, por la división del Partido Comunista; y en 1974 se forma el M19 por un grupo de universitarios. Cerquera, Peña, García, Orejuela y García (2017) afirman que:

Entre los años de 1982 y 1996 se expide la Constitución Política del 91 y se caracteriza por la expansión de las guerrillas; surge el narcotráfico como método de financiamiento y entre 1996 y 2005 se recrudece la lucha del Gobierno contra el narcotráfico. Por último de 2005 a 2012 el proceso del conflicto armado se basa en una gran ofensiva militar del Estado contra las guerrillas y el narcotráfico, en tanto que se producen negociaciones fallidas con los grupos (Cerquera et al., 2017, p. 183).

Hoy en día han surgido nuevos grupos al margen de la Ley y bandas delincuenciales con el objetivo meramente económico, “han sido más de 22 grupos armados y paramilitares, y entre 5 y 10 carteles de la droga” (Cerquera et al., 2017). Estos grupos buscan apropiarse de territorios de alta producción cocainera, minera y agrícola, con el fin de tener recursos y poder político para seguir delinquir.

En el gobierno del presidente Juan Manuel Santos (2010 – 2018) se inicia un proceso de paz con la guerrilla de las FARC, donde se firma finalmente un acuerdo refrendado por el Congreso de la República pero rechazado por la población según los resultados de la votación popular el 2 de octubre de 2016.

Conflicto armado en el departamento del Chocó y el municipio de Quibdó

Chocó no ha sido ajeno a esta serie de violencia que ha golpeado al país. Este departamento ha sufrido cambios a lo largo de toda la historia, ha pasado de ser una de las regiones más pacífica a tener mayor asentamiento de grupos al margen de la Ley. Según explica Agudelo (2001), “la geografía de la guerra en Colombia muestra cómo la costa pacífica colombiana se encontraba hasta los años de 1990 al margen de la dinámica del conflicto armado y con niveles mínimos de impacto de las múltiples violencias” (p.10). Agudelo (2001) realiza una revisión del conflicto armado en el Chocó y afirma que:

La guerra comienza a notarse en los años 90 cuando en el río San Juan llega un grupo del ELN y en 1994 aparece, en el Alto Baudó, un frente del EPL, cuyo accionar provoca los primeros desplazamientos hacia Quibdó. En 1996 surge en el río San Juan el grupo armado "Benkos Biojón" y llega el grupo paramilitar al Urabá chocoano, Medio y Bajo Atrato produciendo un desplazamiento de más de 1500 personas en el año 1997 (Agudelo, 2001, p.21).

Son pocos los estudios que se han realizado en lo referente al conflicto armado en el Chocó pero la realidad es que, hoy en día, hay más presencia de esos grupos al margen de la Ley y esto ha sido producto del aislamiento y la ubicación de su geografía, la poca densidad de su población, la falta de presencia de instituciones del Estado en sus territorios, el poco control y la gran riqueza en la explotación de los recursos naturales y malos estados de las vías nacionales y terciarias que debilitan las acciones de las fuerzas armadas y ayudan a que estos grupos ganen cada vez más fuerzas.

Quibdó, capital de este departamento, ha padecido los efectos de la violencia. Como afirman Cuesta y Rivas (2010), “en los últimos años, aumentaron los índices de violencia con asesinatos selectivos, bandas emergentes y petardos y además, es foco de los ataques de grupos armados ilegales o delincuencia común” (p.18). Son muchos los grupos asentados en el municipio, y, en consecuencia, este se ha convertido en una ciudad insegura, llevando a sus habitantes al miedo y la no legitimidad de las fuerzas

armadas. De nuevo se trae a colación a Cuesta y Rivas (2010), quienes afirman que “el número de casos de homicidios en el municipio de Quibdó sobrepasa las tasas nacionales y departamentales en los años 2004, 2005, 2006 y 2008” (p.23).

Según un informe de la Alcaldía municipal de Quibdó (2014), los grupos establecidos en el municipio son a) guerrillas: FARC (en el momento de dicho informe, las FARC aún era una guerrilla, hoy es un partido político) y ELN, b) Grupos post-desmovilizados: Águilas negras, Rastrojos, Grupos Renacer, Milicias urbanas del frente 34 y 57 FARC (Alcaldía Municipal de Quibdó, 2014). Frente a este panorama, la Diócesis de Quibdó hace un llamado a las autoridades civiles y militares de orden nacional y departamental:

El obispo de Quibdó, Juan Carlos Barreto, alerta ya que la tasa de homicidios de la ciudad es casi cinco veces la del promedio nacional. A finales de 2016, el promedio anual se estableció en 25 homicidios por cada 100.000 habitantes. (El Tiempo, 30/08 2017).

Son una bomba de tiempo los fenómenos de violencia sucedidos en Quibdó y cada día es más difícil para las autoridades controlar la cantidad de grupos asentados en la ciudad y los homicidios que afectan principalmente la población más joven. Para más detalle se sugiere ver, en los Anexos, Tabla 4.

Víctimas y desplazamiento en Colombia

Las víctimas y el desplazamiento en Colombia se han generado como producto de la violencia y el conflicto armado, lo cual es, sin duda, uno de los principales problemas de orden social en el país. Según información del Registro Único de Víctimas (RUV), a corte del 1 de septiembre de 2017, el total de víctimas registradas es de 8.532.636, de las cuales 8.208.564 son víctimas del conflicto armado. Utria, Amar, González, López y Romero (2015) señalan que “Colombia ocupa el segundo lugar en número de desplazados internos en el mundo, antecedido por Siria” (Utria et al., 2015, p.8) y, por lo tanto, ha dejado muchas víctimas del conflicto, y, así mismo, una huella imborrable en cada una de ellas, afectando su salud mental y física al verse obligados

a dejar su entorno y comenzar en otro totalmente diferente, a veces en condiciones inhumanas, e incluso rechazados y con rencor ante un Estado pasivo que tiene muchas limitaciones para garantizar justicia social. Esto ha originado una guerra interna generada por las situaciones vividas que les impiden, muchas veces, volver a comenzar. Galtung (2003) afirma que “la paz es el «despliegue de la vida», que se desarrolla en un contexto de desafío permanente, dado que no se puede negar la existencia del negativo. La paz crece a la sombra del negativo a veces valiéndose de este” (p. 27).

El desplazamiento es una de las pocas opciones que tienen las víctimas para salvaguardar sus vidas; por eso, cada vez más familias en el país se ven enfrentadas a este fenómeno. Al respecto, Utria et al. (2015) afirman que:

Una de las mayores expresiones de la victimización es el desplazamiento forzado. De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2007), este tiene un carácter masivo, dada la cantidad de víctimas; es sistemático porque su ejecución es sostenida en el tiempo, es complejo por la vulneración múltiple de derechos civiles (Utria et al., 2015, p. 7).

El desplazamiento cambia el proyecto de vida a uno nuevo e incierto, con pocas oportunidades a nivel social, laboral y económico. Utria et al. (2015) describen lo escrito por Sánchez y Jaramillo (1999) al decir que hay “dos momentos en el desplazamiento que consisten: en el evento de desplazamiento (la situación, el proceso y la llegada al sitio receptor) y la reconstrucción de la vida, que incluye la adaptación frente a pérdidas materiales, personas, autoestima” (Utria et al., 2015, p.14).

Víctimas del conflicto armado en el departamento del Chocó y el municipio de Quibdó

Según el RUV, a corte del 1 de octubre de 2017, en el Chocó existen 172.617 víctimas registradas. Este fenómeno es causado por la violencia que azota actualmente

el departamento. En cuanto a la evolución histórica de víctimas en el departamento del Chocó, se observa que:

Hay un aumento desde el año 1.997 y alcanza un máximo histórico en el 2002, año en el que se registran 25.672 de víctimas. Durante el periodo 2003-2006 existe un comportamiento decreciente que se invierte durante el año 2007 y se mantiene para el periodo 2010-2011 (Unidad para la atención integral de las víctimas, 2012).

Un hecho relevante en el departamento fue lo ocurrido en el municipio de Bojayá, donde perdieron la vida entre 78 y 119 personas a causa de conflictos entre la guerrilla de las FARC y los paramilitares. Por esta razón hay un aumento en el número de víctimas en el año 2002. Durante el año 2013 se registraron en el municipio de Quibdó 4.873 víctimas, para el 2014, 4973, en el 2015, 4387 y en el 2016, 1726 (Véase Tabla 6, en Anexos).

El municipio de Quibdó cuenta con un total de 116.058 habitantes, según cifras del DANE, de los cuales 69.412 (55% de la población) se encuentran en el RUV. Esta cifra es preocupante por la gran cantidad de víctimas asentadas en el municipio, producto del poco control por parte de las autoridades y la llegada de grupos emergentes. (Para mayor información, se sugiere ver Tabla 5).

Capítulo 3. Normatividad jurídica

Marco constitucional

Artículos

En relación con el tema de salud mental en víctimas del conflicto armado en Colombia, en la Constitución se encuentra lo siguiente: a) el Artículo 2, el cual señala que son fines del Estado asegurar la convivencia pacífica, así como proteger la vida y la honra de las personas residentes del país, b) el Artículo 12, que refiere que nadie puede ser sometido a malos tratos o actos inhumanos, c) el Artículo 22, el cual dice que la paz es un derecho y un deber de obligatorio cumplimiento, d) los artículos 44, 48

y 49, que hablan de la responsabilidad del Estado de garantizar la atención en salud y seguridad social.

Sentencias

En cuanto a sentencias están a) la Sentencia T-760/08, con la cual la Corte Constitucional amplió el concepto de salud hacia el ámbito psicológico y psicosomático, estableciendo una conexión entre la salud mental y el derecho fundamental a la vida digna, b) la Sentencia T-045/10, en la cual se ordena al Ministerio de la Protección Social que diseñe políticas públicas de atención en salud, referentes a la recuperación de impactos psicosociales, producto de la violencia producida por grupos al margen de la ley en víctimas del conflicto armado en Colombia, c) la Sentencia T-418/15, que se refiere a la importancia de realizar una rehabilitación diferencial en salud mental en víctimas y, además, le pide al Ministerio de Salud y Protección Social revisar al programa PAPSIVI en relación con prestación de servicios de salud mental en víctimas del conflicto armado, y d) la Sentencia T-025 de 2004, que protege y garantiza los derechos fundamentales de la población desplazada.

Marco legal

En el marco legal se encuentran a) Ley 1448 de 2011, que regula lo relacionado con ayuda humanitaria, atención, asistencia, rehabilitación y reparación de las víctimas. Realiza una definición de víctimas, justicia transicional y derecho de las víctimas, b) Ley de Salud Mental, número 1616 21 de enero de 2013, la cual ratifica la salud mental como un derecho fundamental y reglamenta que es obligación del Estado garantizar la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud de todos los trastornos mentales, c) Ley 387 de 1997. Esta ley trata sobre el desplazamiento forzado, las acciones necesarias para su prevención, así como la estabilización socioeconómica de víctimas de la violencia que deben desplazarse de su residencia, d) Ley 1751, de 2015, la Ley Estatutaria en salud. Se refiere al derecho fundamental a la salud de los colombianos y las acciones que debe realizar el Estado para garantizar su

cumplimiento, e) Decreto ley 4635, de 2011, el cual se refiere al “enfoque diferencial en las comunidades afrocolombianas, negras, palanquera y raizales, en cuanto a la restitución de derechos territoriales y reparación integral”.

Marco reglamentario

En el marco reglamentario sobresalen a) el Decreto 4800 de 2011, por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011. En este se toman medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno, b) el Decreto 0790, de 2012, el cual establece que el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas cumplirá todas las funciones realizadas por el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada, c) el Decreto 4802 de 2011, que dicta la naturaleza, las funciones, el patrimonio y el objetivo de la Unidad Administrativa Especial de Atención y Reparación Integral a las Víctimas y d) el Decreto 0658 de 2013, el cual reglamenta e implementa la Ley 1616 de 2013.

Capítulo 4. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas

(PAPSIVI)

Busca el restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de la población víctima y la garantía del derecho a la atención en salud física, mental y psicosocial, dentro de unos marcos éticos que permitan la dignificación y la recuperación de los efectos ocasionados como consecuencia de las graves violaciones a los derechos humanos.

Este es un programa emanado de la Ley 1448 del 2011 y realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objetivo es garantizar la atención psicosocial y la atención integral en salud física y mental con enfoque psicosocial a las víctimas. La atención psicosocial busca mitigar y prevenir los daños a la integridad

psicológica y moral, al proyecto de vida y la vida en relación; este tiene tres modalidades de atención (individual, familiar y comunitaria), y está conformado por un equipo psicosocial, así: psicología, profesional de ciencias sociales, profesional de la salud y promotores psicosociales. Es financiado con recursos de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsitos –ECAT– del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, salvo que estén cubiertos por otro ente asegurador en salud o inversión territorial.

La atención integral en salud se centra en la salud física y mental y presenta tres modalidades de atención: asistencia en salud, rehabilitación física y mental y promoción y prevención, teniendo en cuenta el sistema general de seguridad social en salud SGSSS y los principios de atención de las víctimas. Está conformado por Direcciones Territoriales de Salud (DTS), Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

El Conpes 3726 de 2011 establece una meta de tres millones de víctimas con atención psicosocial y el Plan Nacional de Desarrollo estableció la meta de atención psicosocial de 490 mil víctimas (únicas) en el periodo (2014- 2018). Señala que se debe trabajar de manera articulada con los entes territoriales, las víctimas y sus organizaciones a través de estrategias simultáneas y transversales.

El programa PAPSIVI es financiado por el Estado y, según los parámetros, debe ser implementado por la Secretaría de Salud municipal o departamental. Para este caso en particular, la Secretaría departamental del Chocó no continuó con las fases posteriores a esta, debido a la queja de los profesionales adscritos al programa, por la falta de agilidad en el flujo de los recursos, que retrasaba los procesos. Por tal razón se realizó un convenio de asociación entre el Secretariado Nacional Pastoral Social y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Capítulo 5. Análisis de la atención psicosocial del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)

Las víctimas beneficiarias del Programa corresponden a aquellas que, al momento de la construcción conjunta de su plan de reparación individual y colectivo con la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, o al momento de su inscripción en el Registro Único de Víctimas (RUV), requieren de las medidas de asistencia en salud, rehabilitación física y mental y de atención psicosocial. Es de anotar que algunas víctimas, al momento de la reparación individual o colectiva, o en la inscripción en el RUV, no manifiestan tener algún trastorno psicosocial, debido a que consideran que esto estigmatiza, revictimiza o en ocasiones genera miedo y prefieren no hacer estos reportes y se niegan a acceder al programa.

En el municipio de Quibdó se han realizado 5 fases, distribuidas así:

La primera fase fue implementada por la Asociación Centro de Consultoría Universitaria, fue la prueba piloto con que inició el programa donde se realizaron capacitaciones a los profesionales sobre temas como la Ley 1448. En entrevista³ realizada a un profesional de esta fase, el afirmó que: “hubo deserción del programa por desmotivación de las víctimas y no se cerraron todos los ciclos de atención psicosocial, faltó capacitación sobre las funciones del cargo, pero en general la atención tuvo un impacto positivo en la víctimas atendidas” (E5, Entrevista personal, 2017).

La segunda fase fue implementada por la Secretaría de Salud Departamental del Chocó. En esta no se logró la meta planeada y no se hizo cierre de la atención psicosocial que consiste en la evaluación de los procesos de atención, de las actividades transversales y del proceso de acompañamiento. Aunque no se tengan los datos exactos de la cobertura para el municipio de Quibdó en esta fecha, si se compara con la población atendida en esa vigencia en 13 municipios del Chocó, se encuentra

³ Se reserva la identidad. Población vulnerable.

que la población fue de 2.215 víctimas, lo cual corresponde a una baja cantidad de la población (véase Tabla 2, en Anexos).

La tercera fase fue implementada por el Secretariado Nacional Pastoral Social. Durante este periodo todos los procesos de atención psicosocial fueron cerrados y la cobertura fue muy poco significativa, si se compara con los datos de cobertura en el departamento del Chocó (véase Tabla 2, en Anexos).

La cuarta fase fue implementada por el Secretariado Nacional Pastoral Social y en esta no se logró cumplir las metas planeadas.

Con relación a la quinta fase, es de anotar que hubo una reducción en las metas propuestas y en el número de los profesionales, entre los cuales había un psicólogo, un promotor psicosocial y un profesional de la salud a quien le correspondía trabajar en los cinco municipios priorizados.

Al analizar la información anterior se encuentra que la atención psicosocial del PAPSIVI no ha sido continua. Las cinco fases implementadas han tenido una duración de entre 5 y 7 meses, dejando un tiempo sin atención a esta población, con poco impacto si se compara con la cantidad de víctimas asentadas en el municipio de Quibdó que, a corte de 1 de octubre de 2017, su reporte fue de 69.412 víctimas, según el RUV. En el Chocó, como ya se mencionó, existen 172.617 víctimas, cifra que ha venido en aumento en los últimos años (véase Tabla 6, en Anexos).

La divulgación del PAPSIVI se ha realizado en articulación con otras instituciones, por medio de algunas organizaciones de víctimas, casa a casa, y a través del promotor social. Por tal motivo un representante legal⁴ de una organización de víctimas afirma: “falta mucho más publicidad, realizar una asamblea general con toda la población víctimas para que se conozca las generalidades y los beneficios del programa” (E4, entrevista personal, 2017).

⁴ Se reserva la identidad, población vulnerable.

El programa debe llegar a corregimientos y zonas rurales, donde hay asentamientos de grupos armados, ya que a la fecha se ha desarrollado más en las cabeceras municipales y en estas zonas no hay cubrimiento por parte de IPS y EPS que brinden una atención adicional de estos servicios. Por tal razón, un líder comunitario⁵ del corregimiento de Las Mercedes, del municipio de Quibdó, en entrevista realizada en 2017, hace referencia a que los habitantes no conocen el programa y en su comunidad han tenido varios hechos victimizantes que han generado temor, miedo, traumas y, afirma el entrevistado, “a la fecha hay muchas personas que no han superado las afectaciones psicosociales y que les hubiese gustado que su comunidad recibiera el apoyo por medio de la implementación del PAPSIVI” (E3, entrevista personal, 2017).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el equipo interdisciplinario lo deben conformar áreas como: psicología, trabajo social, enfermería, sociología o antropología y promotores psicosociales de la comunidad, pero hasta la fecha no se ha tenido en la implementación del programa un profesional de sociología y/o antropología y hay un solo profesional de la salud. Además, ha habido una disminución del número de profesionales contratados y actualmente el programa no cuenta con un trabajador social en el municipio de Quibdó.

En las tres líneas de la atención psicosocial (individual, familiar y comunitarias), se realiza una focalización, contacto con la víctima, caracterización, atención psicosocial, cierre y evaluación del proceso de atención. En cuanto a la implementación del programa en sus tres líneas de atención, en algunas circunstancias hay deserción por las actividades laborales o educativas de algunos integrantes de la familia, lo cual no permite que la atención se realice en horarios diurnos, aumentando la carga laboral de los profesionales, que muchas veces por cumplir con las metas trazadas, se desgastan con horarios extendidos y en ocasiones, ponen en riesgo sus vidas porque en las zonas de intervención hay presencia de grupos armados y bandas delincuenciales. Además, las orientaciones metodológicas del programa impiden que

⁵ Se reserva la identidad, población vulnerable.

las víctimas que hayan sido beneficiadas vuelvan a tener atención psicosocial y algunas veces son re-victimizadas y requieren el apoyo nuevamente.

Referente a la técnica individual grupal, que es la atención donde se brinda apoyo a personas con hechos victimizantes similares, falta claridad metodológica y se dificulta su implementación, debido a las ocupaciones de los beneficiarios, que impide establecer horarios flexibles para todos, la asistencia a las intervenciones, además no permite que se cumpla con el cronograma establecido, así como la falta de recursos económicos del programa. A las víctimas les corresponde desplazarse al lugar donde se realiza la intervención y muchas veces asisten cansados porque se deben adaptar a los horarios establecidos, esto genera deserción.

El PAPSIVI presenta indicadores como: número víctimas con planes de atención psicosocial por el sector salud elaborados, número víctimas que acceden a medidas de rehabilitación física y/o mental en relación al hecho victimizante.

Dentro de los indicadores del proceso se encuentran: número víctimas, organizaciones de sociedad civil, de víctimas, de derechos humanos, organismos internacionales, servidores públicos por institución, que participan en los espacios de construcción a nivel territorial y tipo de espacios de información, de consenso y concertación para la construcción del programa, realizados.

Aunque estos indicadores son medibles, alcanzables, claros y están delimitados en cantidad de lugar y tiempo, no permiten calificar la calidad de la atención psicosocial brindada y la reparación o superación de la afectación de la víctima.

El PAPSIVI, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, opera de manera descentralizada y realiza una articulación entre los distintas instituciones nacionales, territoriales y municipales, para cumplir los objetivos propuestos, dentro de ellas se encuentran las entidades nacionales que conforman el Sistema Nacional de

Atención y Reparación a las víctimas – SNARIV, pero hace falta más compromiso y respuesta oportuna de algunas instituciones a los requerimientos de las víctimas y al llamado de los profesionales que ejecutan el programa; estas fallas en la articulación obstaculizan la implementación del PAPSIVI.

El representante legal⁶ de una organización de víctimas en entrevista realizada afirma:

La atención psicosocial debe ser el primer apoyo que reciba la población víctimas, para que las personas entiendan, cambien su estado emocional, sus pensamientos y después de esto recibir otras ayudas (viviendas, empleo, indemnización). Hay muchas poblaciones con afectaciones psicosociales, este programa debería tener más sesiones de intervención y una articulación más real con las organizaciones de víctimas, mesa de víctimas y zonas donde se encuentran esta población, siendo más incluyente, y aumentar el número de profesionales, así como cobertura, para que ayude a superar emociones y los trastornos psicosociales de cada persona. Los profesionales que realizan la implementación del PAPSIVI son buenos, de la región, que conocen la problemática. Porque hay ocasiones que se encuentran profesionales de otros programas que estigmatizan y revictimizan a las víctimas, viéndolas como pobres, necesitados dándoles malos tratos (E4, entrevista personal, 2017).

No obstante el programa resalta la importancia de la permanencia de los profesionales adscritos y su capacitación constante, el tipo de contratación realizada a estos es por prestación de servicios; situación que no garantiza su estabilidad y se corre con el riesgo de la desvinculación de estos, por la falta de continuidad en la contratación. Así, se puede llegar a perder la experiencia del profesional que día a día ayuda a mejorar las técnicas de intervención psicosocial con esta población.

⁶ Se reserva la identidad. Población vulnerable.

Capítulo 6. Propuesta para el mejoramiento del diseño del componente de atención psicosocial del PAPSIVI

El PAPSIVI es un programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas que se viene implementando en Colombia desde el año 2012, y en Quibdó desde 2013. Ha tenido una serie de cambios en su desarrollo, puesto que cada día busca mejorar la atención psicosocial, tanto en el diseño del programa como en el mejoramiento de la ejecución del programa en su 100%.

A continuación se presentan algunos aspectos que, luego de esta investigación, se considera que deben ser atendidos:

Identificación y cuantificación de la población potencial, objetiva y atendida, y focalización. Actualmente los beneficiarios son víctimas que se encuentran en el Registro Único de Víctimas (RUV) que requieren de la atención psicosocial. Se debe tener en cuenta a personas que se estén en proceso de ser registradas en el RUV y revictimizadas y quieran volver acceder nuevamente al apoyo.

Presupuesto. Es indispensable que haya un incremento en el presupuesto del PAPSIVI para poder realizar un aumento en las metas, así como la contratación de nuevos profesionales que lleven a cabo la implementación del programa y que conforman el equipo interdisciplinario. Actualmente se financia con cargo a los recursos del ECAT y FOSYGA; no obstante, es necesario contar con recursos del Sistema Nacional de Regalías, instituciones internacionales y buscar apoyo en asociación con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que garanticen la atención psicosocial de las víctimas. Además, es preciso garantizar los recursos económicos para el transporte de víctimas al lugar de la atención cuando se requiera y cancelar honorarios diferenciales o, en su defecto, un aumento en los transportes para los profesionales que laboran en zonas de difícil acceso.

Principales metas de fin, propósito y componentes. Es necesario que la atención psicosocial del PAPSIVI se realice de forma continua y sin interrupción para garantizar su accesibilidad, reconocimiento y legitimidad en la población víctima. Metas: 2000 víctimas anuales atendidas en el municipio de Quibdó y todos sus corregimientos, en las tres modalidades de atención (individual, familiar, comunitaria). El equipo interdisciplinario debe estar conformado por 3 trabajadores sociales, 7 psicólogos, 5 promotores psicosociales, 2 terapeutas ocupacionales, 1 sociólogo o antropólogo y 1 profesional de la salud. Esto solo para el municipio.

Atención individual. En esta modalidad, el acercamiento y reconocimiento lo realizará el trabajador social, quien hará una sensibilización sobre el programa PAPSIVI y registrará las condiciones sociales y se continuará con el apoyo psicológico, el acompañamiento terapéutico y el cierre de la atención. El número de sesiones será de 8, pero si el psicólogo y el trabajador social detecta que requiere aumentar o disminuir el número de sesiones, debe existir la posibilidad de realizar hasta 4 sesiones más que se registrarán como otra atención, la cual requiere de flexibilidad en el diseño de las sesiones de acuerdo con el contexto. A los usuarios que requieran atención adicional y deban ser remitidos al sistema general de seguridad social en salud se les debe garantizar la atención inmediata, realizándoles una atención priorizada para no tener interrupción en el tratamiento, ni desmotivación de la víctima. Es fundamental exigirles a las EPS-S y las IPS un instrumento (manual de procesos y procedimiento y protocolos de atención a la población víctima), para continuar con el trato digno y acción sin daño que se presta en el PAPSIVI. Se sugiere realizar la atención individual grupal a partir de 4 personas, para garantizar la asistencia de las víctimas a todas las sesiones de atención y tener disponibilidad presupuestal, asegurando recursos económicos para repartir folletos ilustrativos sobre la atención y refrigerios e imprevistos. Además, es necesario realizar capacitación a los profesionales sobre la modalidad individual – grupal.

Modalidad familiar. En caso de que un integrante de la familia no pueda asistir a la atención psicosocial o cuando se requiera una atención individual por parte de algún miembro, se les debe brindar un apoyo adicional en la sede del PAPSIVI Quibdó.

Modalidad comunitaria. Se debe contar con equipos como video beam, sonido y folletos que ayuden a ilustrar la capacitación con técnicas que se puedan llevar a las zonas de atención, pues muchas víctimas no saben leer ni escribir y se debe fortalecer la metodología utilizada. Además, se sugiere aprovechar este espacio para fortalecer expresiones culturales y tradiciones ancestrales que ayuden a crear identidades de las comunidades afectadas por la violencia y que contribuyan a fomentar el enfoque diferencial.

Articulación con otras instituciones del sistema nacional de reparación integral a las víctimas (SNARIV). Para garantizar la implementación del PAPSIVI, es necesaria una articulación adecuada de las instituciones que hagan parte del (SNARIV), obligándolas a dar información necesaria cuando se requiera y hacer parte activa de las mesas para la planificación del PAPSIVI. Además, se debe definir una metodología que garantice la asistencia y la participación de las organizaciones de víctimas y brindarles capacitación sobre las directrices del PAPSIVI a sus representantes, para que sean multiplicadores de la información recibida.

Indicadores. Se debe construir un indicador que demuestre la calidad de la atención psicosocial, teniendo en cuenta que sea relevante, económico, monitoreable, adecuado y con medios de verificación claros.

Divulgación. Se debe contar con medios de comunicación a través de los cuales se divulgue su ejecución a nivel nacional en medios de televisión, páginas web, emisoras comunitarias, prensa y a nivel departamental y municipal en radio, periódicos locales, folletos, programas de televisión, locales etc. Además los profesionales y el equipo interdisciplinario deben estar identificados con chalecos, gorras y distintivos del PAPSIVI.

Focalización. Antes de iniciar cada ciclo se debe realizar publicidad pertinente y permanente para captar más personas que requieran el servicio, sobre todo en zonas donde se vaya a implementar el programa. Cuando haya desplazamientos forzados de víctimas en el municipio de Quibdó, se debe realizar intervención psicosocial por parte de todo el equipo interdisciplinario, a través de orientaciones metodológicas específicas para casos de urgencia y desplazamiento y dar a conocer el programa PAPSIVI, a partir de sensibilizaciones y captar posibles casos de trastornos psicosociales. Realizar soporte técnico oportuno por parte del Ministerio de Salud y Protección Social cuando haya fallas técnicas en el aplicativo y realizar ajustes periódicos y actualización permanente de las bases de datos.

Conclusiones

El desarrollo de esta investigación permite arrojar las siguientes conclusiones:

- Actualmente, Quibdó presenta altos índices de violencia y es un punto de asentamiento de víctimas producto del desplazamiento forzado. Por lo tanto, este municipio requiere, en la actualidad, un apoyo psicosocial que cause impacto positivo en todos sus habitantes, de carácter permanente, que permita sanar las heridas invisibles de la guerra y que ayude a desarrollar una sana convivencia. Para lograr este propósito se necesita un fortalecimiento al diseño e implementación del PAPSIVI en el municipio, que contribuya a la construcción de paz.
- La implementación del PAPSIVI en Quibdó ha tenido mejoras debido a que la experiencia de algunos profesionales ha permitido enriquecer las técnicas utilizadas en las tres modalidades (individual, familiar y comunitaria), realizando cierres en la atención, teniendo un buen manejo de la población víctima en cuanto a sus necesidades, recursos, potencialidades, orientación y acompañamiento. Esto ha servido para que el programa tenga legitimidad en sus beneficiarios.

- La atención psicosocial del PAPSIVI no ha tenido el impacto esperado en el municipio de Quibdó durante los años de su implementación 2013 – 2016. Lo anterior debido a la baja cobertura de sus beneficiarios. Además, porque la meta trazada por fase para la implementación del programa corresponde a menos del 0.05% de la población víctima asentadas en el municipio.
- Es necesario aumentar la cobertura tanto en la cabecera municipal como en los corregimientos de Quibdó, así como los recursos financieros para la implementación del PAPSIVI.
- La implementación de la atención psicosocial ha tenido fallas en cuanto al bajo número de profesionales que hacen posible su implementación y la falta de contratación de otros profesionales como sociólogos, trabajadores sociales, antropólogos, terapeutas ocupacionales. Actualmente, en el municipio de Quibdó solo se cuenta con un psicólogo, un promotor social y un profesional de la salud que cubre todo el Departamento del Chocó.
- La no continuidad del PAPSIVI, que se ha venido desarrollando por fases, hace que el programa pierda credibilidad en la comunidad y no se cierren todos los procesos.
- Dentro de los parámetros de implementación del PAPSIVI está la capacitación permanente y experiencia de los profesionales adscritos al programa, pero la forma de contratación es por prestación de servicios, lo cual no garantiza la continuidad de estos.
- El municipio de Quibdó requiere una intervención psicosocial urgente, debido a la cantidad de víctimas asentadas (el 55% de su población es víctima) y al desorden social que se vive actualmente, producto, entre otras cosas, del aumento de la violencia, de los homicidios que superan las cifras nacionales, así como de la presencia de diversos grupos al margen de la Ley.

- Se deben revisar las orientaciones metodológicas de la terapia individual grupal debido a que es muy difícil reunir a personas con hechos victimizantes similares en el mismo horario, por el tipo de labor que desempeña esta población, que regularmente es trabajo informal. Esto no permite cumplir con la planeación y los cronogramas establecidos. También es necesario garantizar los recursos adicionales para refrigerios, transporte y material didáctico.
- Hay que implementar el PAPSIVI como programa regular para que este sea reconocido en toda la población víctima del conflicto armado.
- La divulgación del PAPSIVI debe hacerse en todos los medios de comunicación (televisión, prensa, páginas web, radio), tanto a nivel municipal como nacional, para que este apoyo psicosocial sea reconocido por las víctimas, así como por las otras instituciones y organizaciones que trabajan con esta población.
- Hay que tomar medidas correctivas que obligue a todas las instituciones que hacen parte del SNARIV, para que brinden información necesaria para la implementación del PAPSIVI, así como asistir a todas las reuniones requeridas para la planeación del programa.
- En cuanto a las líneas de atención individual y comunitaria, se debe ser más flexible en cuanto al número de sesiones que requiera la víctima, para que el profesional que realice la atención tenga la opción de aumentarlas o disminuirlas de acuerdo con el contexto y la evolución de la persona con la atención brindada.
- Es fundamental exigirles a las IPS y EPS-S un protocolo y un manual de procesos y procedimientos para la atención de las víctimas, así como una priorización en los procesos cuando su diagnóstico lo requiera.
- Se deben realizar pagos adicionales o en su defecto aumentar el valor de la remuneración a los profesionales que se desplacen en zonas de difícil acceso e inseguras.

- Es necesario realizar cronogramas de acuerdo con el contexto y el horario disponible de la población, así como también brindar un apoyo permanente en la sede donde se implemente el programa para posibilitar las garantías de asistencia al apoyo psicosocial permanente.
- Se debe buscar una estrategia que garantice la divulgación y la asistencia en la planificación del PAPSIVI, con las organizaciones y mesas municipales y departamentales de víctimas.
- Es fundamental realizar capacitaciones a las víctimas sobre temas de resiliencia, que ayuden a mejorar su autoestima y fortalecer su cultura por medio de tradiciones ancestrales para mejorar el trabajo comunitario y darle un enfoque diferencial a la atención.

Lista de referencias

- Aristizábal, E., Palacio, J., Madariaga, C., Osman, H., Parra, L. H., Rodríguez, J., y López, G. (2012). Síntomas y traumatismo psíquico en víctimas y victimarios del conflicto armado en el Caribe colombiano. *Psicología Desde El Caribe*, 29(1).
- Agudelo, C. E. (2001). El pacífico colombiano de "remanso de paz" a escenario estratégico del conflicto armado. *Cuadernos de desarrollo rural*, (46), 7 – 37.
- Alcaldía Municipal de Quibdó. (2014). *Plan de contingencia municipio de Quibdó - Chocó*. Recuperado de <http://bit.ly/2i0EOgp>
- Campo, A., Oviedo, C. y Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 212-217.
- Cerquera, A. M., Peña, A. J., García, C.J., Orejuela, D.A., García, M.A. (2017). Psicología de la salud en el contexto del conflicto armado en Colombia: un marco de referencia. *Psicogente*, 20(37),182-192.
- Constitución política de Colombia. Bogotá. Julio 4 de 1991
- Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008. Mp. Manuel José Cepeda Espinosa.
- Corte Constitucional. Sentencia T-418/15. Mp. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.
- Corte Constitucional. Sentencia T-025 de 2004. Manuel José Cepeda Espinosa
- Corte Interamericana De Derechos Humanos. Verdad, Justicia y Reparación. Colombia ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Costa Rica. 2006.
- Corte Constitucional. Sentencia T-045 de 2010. Mp. María Victoria Calle Correa. Febrero 02 de 2010
- Cuesta, L. H., y Rivas, Y. A. (2010). Análisis jurídico sobre los municipios registrados en el municipio de Quibdó entre los años 2004 y 2008. *Investigación Biodiversidad y desarrollo*, 16-24.
- Decreto de Ley 4635 de 2011. Diario Oficial 9 de diciembre de 2011.
- Decreto Reglamentario 4800 de 2011. Diario Oficial 20 de diciembre de 2011.
- Decreto Reglamentario 4633 de 2011. Diario Oficial 9 de diciembre de 2011.

Decreto Reglamentario 4635 de 2011. Diario Oficial 9 de diciembre de 2011.

Decreto 0790 de 2012. Diario Oficial 48407 de abril 20 de 2012.

Decreto 4802 de 2011. Diario oficial el 20 de diciembre de 2012.

Decreto 0658 de 2013. Diario oficial 5 de abril de 2013.

Decreto 780 de 2016. Diario oficial. 6 de mayo de 2016.

Decreto 2569 de 2000. Diario Oficial. 12 de diciembre del 2000.

Departamento Nacional de Colombia. *Fichas de caracterización territorial*

Recuperado de <https://ddtspr.dnp.gov.co/FIT/#/fichas>

Departamento Nacional de Colombia. Comparaciones por indicador. Bogotá D.C.

Portal Territorial de Colombia. Recuperado de <https://ddtspr.dnp.gov.co/FIT/#/indicadores>

Diócesis de Quibdó alerta de nuevo sobre la violencia en el Chocó. (30 de agosto de 2017). *El tiempo*, pág. 1.

Galtung, J. (2003). *Paz por medios pacíficos. Paz y conflicto desarrollo y civilización*. Bilbao, España: Bakeaz.

González, C. A. (2017). Breve historia del conflicto armado en Colombia. *Revista de paz y conflicto*, 10 (1), 327-330. Recuperado de <http://revistaseug.ugr.es/index.php/revpaz/article/viewFile/5484/5605>

Hewitt, N., Parada, A., Juárez, F., Parada, A.J., Guerrero, J., Romero, Y. M., Salgado, A. M., y Vargas, M. V. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125 - 140.

Ley 387 de 1997. Diario Oficial 18 de julio de 1997.

Ley 1448 de 2011. Diario Oficial 48096 de junio 10 de 2011.

Ley 1616 de 2013. Diario Oficial 21 de junio de 2013.

Ley 1751 de 2015. Diario Oficial 16 de febrero de 2015

Lira, E. (2010). Trauma, duelo, reparación y memoria. *Revista de estudios sociales*, (36), 14 - 28.

- Médicos sin Fronteras. (2013). *Las heridas menos visibles: salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia*. Recuperado de <http://bit.ly/2zIZyW4>
- Meertens, D, (2006). Reflexiones éticas, metodológicas y conceptuales sobre la Investigación en desplazamiento y género. En M. N. Bello, Investigación y desplazamiento forzado. Reflexiones éticas y metodológicas. Red nacional sobre desplazamiento forzado en Colombia.112-125.
- Ministerio de salud, Colciencias. (2015) Encuesta Nacional de salud mental .Bogotá D.C. Javegraf. Recuperado de <http://bit.ly/2AcENdB>
- Moreno, M. A., y Díaz, M. (2016). Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *El Agora USB*, 16(1), 193 - 213.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*. Recuperado de <http://bit.ly/2hJWDgz>
- Rodríguez, J., De la Torre, A., y Miranda, C. T. (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*, 22(Su2), 337 - 346.
- Unidad para la atención integral de las víctimas. (2012). *Informe departamental de hechos victimizantes a 2012*. Recuperado de <http://bit.ly/2ixXal6>
- Utria, U., Amar, A., González, M., López, C., y Romero, C. (2015). *Resiliencia en mujeres víctimas del desplazamiento forzado*. Barranquilla: Uniediciones.

Anexos

Tabla 1. Cobertura del programa PAPSIVI Municipio de Quibdó

Fases	Personas Atendidas por Modalidad			Total de Víctimas atendidas	Personal Asignado
	Modalidad Individual	Modalidad Familiar	Modalidad Comunitaria		
Fase 1 Noviembre de 2013 a junio 2014	Meta:200 Personas	Meta: 40 Personas	Meta: 7	247	Psicólogos: 2 Trabajadores sociales: 2 Promotor social: 1
	Víctimas atendidas: 236	Víctimas atendidas: 24	4		
Fase 2 Septiembre de 2014 a febrero de 2015	Meta: Personas	Meta: Personas	Meta:		Psicólogos: 4 Trabajadores sociales: 2 Promotor social: 2
	Víctimas atendidas:	Víctimas atendidas:			
Fase 3 Agosto de 2015 a diciembre de 2015	Meta: Personas	Meta: Personas	Meta:		Psicólogos: 5 Trabajadores sociales: 2 Promotor social: 2
	Víctimas atendidas:	Víctimas atendidas:			
Fase 4 Junio a noviembre de 2016 (Datos I y II ciclos)	Meta: Personas	Meta: Personas	Meta:	Meta Municipal: 1236 Víctimas atendidas 1013	Psicólogos: 3 Trabajadores sociales: 2 Promotor social: 2
	Víctimas atendidas: 170 Individual grupal: 127	Víctimas atendidas: 273	234		
Fase 5 Mayo a noviembre de 2017. Datos: a corte 31 de julio 2017	Meta: Personas	Meta: Personas	Meta:		Psicólogos: 1 Promotor social: 1
	Víctimas atendidas: 12	Víctimas atendidas: 103	Víctimas atendidas: 55		

No fue posible conseguir la información de los años 2014 y 2015, debido a que el aplicativo muestra la información consolidada por departamento.

Tabla 2. Prevalencia de cualquier trastorno mental en adulto de la población colombiana, por grupos etarios, región y pobreza.

Cualquier trastorno	Toda la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	%	CVE	IC95%	%	CVE	IC95%	%	CVE	IC95%
Edad (años)									
18 a 44	4,5	9,9	3,7-5,4	2,7	11,3	2,1-3,3	0,6	24,2	0,4-1,0
45 y más	3,1	11,2	2,5-3,9	1,2	16,3	0,9-1,6	0,4	34,2	0,2-0,9
Total	3,9	7,7	3,4-4,6	2,1	9,5	1,7-2,5	0,5	19,8	0,4-0,8
Región									
Central	4,6	14,7	3,5-6,2	2,3*	20,1	1,6-3,4	0,4*	39,4	0,2-0,9
Atlántica	1,7*	22,1	1,1-2,5	1,2*	27,6	0,7-2,0	0,6*	47,5	0,2-1,5
Bogotá	5,0	18,7	3,5-7,2	2,3	20,8	1,5-3,4	0,2*	43,0	0,1-0,5
Oriental	3,8	17,1	2,7-5,2	1,8*	20,9	1,2-2,7	0,7*	49,3	0,3-1,8
Pacífica	4,6	13,7	3,5-6,0	2,8	18,1	2,0-4,0	0,8*	27,5	0,5-1,4
Total	3,9	7,7	3,4-4,6	2,1	9,5	1,7-2,5	0,5	19,8	0,4-0,8
Zona									
Urbana	4,2	8,8	3,5-4,9	2,2	10,6	1,8-2,7	0,6	21,1	0,4-0,9
Rural	3,2	14,7	,4-4,2	1,6	21,11	1,0-2,4	0,4	52,6	0,2-1,2
Total	3,9	7,7	3,4-4,6	2,1	9,5	1,7-2,5	0,5	19,8	0,4-0,8
Pobreza									
No	3,9	8,2	3,3-4,6	2,0	10,5	1,6-2,5	1,0	14,7	0,8-1,3
Si	4,0*	21,2	2,6-6,1	2,5	21,8	1,6-3,8	1,5	28,1	0,9-2,5
Total	3,9	7,7	3,4-4,6	2,1	9,5	1,7-2,5	0,5	19,8	0,4-0,8

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental - 2015, pág. 241.

Tabla 3. Cobertura del PAPSIVI en el departamento del Chocó

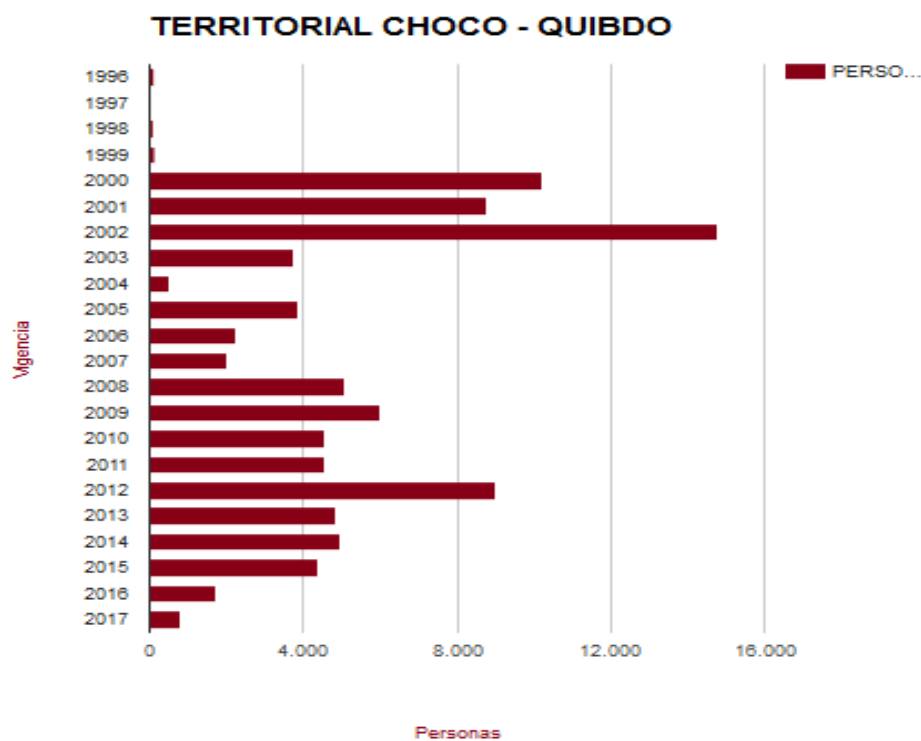
Vigencia	Municipios priorizados	Meta	Cobertura atendida	Asignación de recursos
2013	Quibdó, Medio Atrato, Bojayá, Tadó, Istmina y Río Iró.	1585	1771	1.790.476.000
2014	Quibdó, Medio Atrato, Bojayá, Carmen del Darién, Riosucio, Unguía, Acandí, Tadó, Istmina, Sipí, Río Iró, Litoral del San Juan y Bahía Solano.	2675	2215	1.089.500.000
2015	Quibdó, Bojayá, Carmen del Darién, Riosucio, Tadó e Istmina.	2550	3342	716.892.609
2016	Quibdó, Bojayá, Carmen del Darién, Riosucio, Tadó e Istmina.	4230	3722	
2017	Quibdó, Medio Atrato, Unguía, Tadó, Istmina.	1729	1234	
A corte de julio 31				

Tabla 4. Conflicto armado y seguridad municipio de Quibdó

	Municipio	Promedio departamental	Promedio regional
Homicidios por 100 mil habitantes	93,20	39,60	43,08
Hurto a comercio por 100 mil habitantes	0,00	0,00	29,80
Hurto a personas por 100 mil habitantes	334,75	88,91	234,79
Hurto a residencias por 100 mil habitantes	131,14	38,81	36,27
Hurto a vehículos por 100 mil habitantes	257,10	61,78	118,60
Secuestros por 100 mil habitantes	0,86	1,39	0,61
Fuente: Observatorio del delito SUJIN - Policía Nacional, 2016			
Hectáreas sembradas de coca	5,76	49,63	228,06
Fuente: SIMCI - 2015, Mindefensa - 2015			
Número de celulares robados	292,00	32,60	91,73
Fuente: Policía Nacional, 2014			
Desplazamiento forzado	1606,00	440,40	423,04
Víctimas minas antipersonal	2,00	0,57	0,37

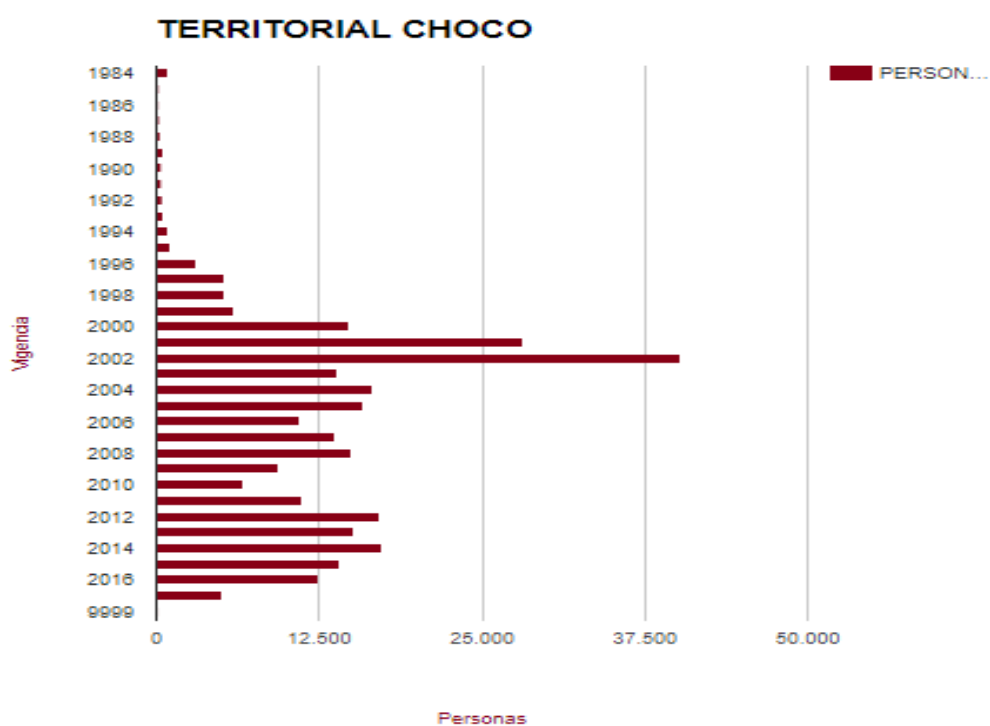
Fuente: Departamento Nacional de Planeación DNP 2017 (DAIMAC, URAIV – 2015)

Tabla 5. Número de víctimas registradas por año municipio de Quibdó



Fuente: Registro Único de Víctimas. Corte 1 de octubre 2017

Tabla 6. Número de víctimas registradas por año Departamento del Chocó



Fuente: Registro Único de Víctimas. Corte 1 de octubre 2017

Tabla 7. Muertes violentas según manera y sexo de la víctima – Ciudades capitales 2014 (enero - diciembre)

Municipio del hecho	VIOLENTA ACCIDENTAL			VIOLENTA HOMICIDIO			VIOLENTA SUICIDIO			VIOLENTA TRANSPORTE			Total 2014	%
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T		
Arauca	5	2	7	34	2	36	-	-	-	13	1	14	57	0,55
Armenia	6	3	9	85	4	89	11	3	14	46	7	53	165	1,60
Barranquilla	48	4	52	331	25	356	41	4	45	89	19	108	561	5,45
Bogotá D.C.	155	43	198	1201	114	1315	200	53	253	469	149	618	2384	23,14
Bucaramanga	12	3	15	97	9	106	18	6	24	41	12	53	198	1,92
Cartagena	41	6	47	266	25	291	24	7	31	93	22	115	484	4,70
Cúcuta	10	3	13	172	19	182	28	4	32	53	15	68	294	2,85
Florencia	6	1	7	58	5	63	1	2	3	27	8	35	108	1,05
Ibagué	35	7	42	66	6	72	24	8	32	45	11	56	212	2,06
Inírida	-	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	2	0,02
Leticia	3	2	5	10	-	10	1	-	1	-	-	-	16	0,16
Manizales	20	6	26	92	8	100	12	6	18	35	14	49	193	1,87
Medellín	82	26	108	598	48	646	94	16	110	225	62	287	1151	11,17
Montería	13	3	16	112	13	125	12	7	19	63	15	78	238	2,31
Neiva	13	5	18	58	5	63	14	2	16	46	9	55	152	1,48
Pasto	43	14	57	52	6	58	19	4	23	34	14	48	186	1,81
Pereira	24	7	31	151	11	162	21	5	26	56	19	75	294	2,85
Popayán	13	4	17	65	7	72	10	5	15	45	9	54	158	1,53
Puerto Asís	7	1	8	67	13	80	2	2	4	14	-	14	106	1,03
Puerto Carreño	3	-	3	11	1	12	4	-	4	5	-	5	24	0,23
Quibdó	15	6	21	67	11	78	1	-	1	5	1	6	106	1,03
Riohacha	4	1	5	59	3	62	7	2	9	38	7	45	121	1,17
San45 André14s	4		4	18	4	22	1		1	12	4	16	43	0,42
San José del Guaviare	3	-	3	18	5	23	1	-	1	2	-	2	29	0,28
Santa Marta	30	5	35	93	7	100	18	3	21	58	13	71	227	2,20
Santiago de Cali	57	20	77	1449	93	1542	59	12	71	262	61	323	2013	19,54
Sincelejo	6	-	6	39	4	43	8	2	10	46	10	56	115	1,12
Tunja	10	4	14	9	1	10	8	4	12	13	4	17	51	0,50
Valledupar	14	4	18	73	8	81	18	4	22	64	14	78	199	1,93
Sincelejo	31	6	37	124	17	141	21	5	26	71	21	92	296	2,87
Yopal	8	2	10	25	4	29	5	4	9	56	14	70	128	1,15
Total	781	189	910	5501	478	5979	683	168	851	2026	535	2561	10.301	100,00

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia-GCRNV. Base Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres. Recuperado de <http://bit.ly/2AdwJbH>

Tabla 8. Muertes violentas según manera y sexo de la víctima – Ciudades capitales 2015 (enero - diciembre)

Municipio del hecho	VIOLENTA ACCIDENTAL			VIOLENTA HOMICIDIO			VIOLENTA SUICIDIO			VIOLENTA TRANSPORTE			Total 2015	%
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T		
Arauca	9	1	10	12	1	13	8	3	11	14	3	17	51	0,51
Armenia	17	4	21	110	12	122	14	4	18	30	10	40	201	2,02
Barranquilla	45	7	52	394	30	424	41	3	44	76	24	100	620	6,24
Bogotá D.C.	188	43	231	1233	120	1353	215	63	278	422	129	551	2413	24,28
Bucaramanga	9	6	15	75	14	89	15	8	23	40	13	53	180	1,81
Cartagena	44	5	49	262	10	272	22	3	25	80	12	92	438	4,41
Cúcuta	21	6	27	161	18	179	19	5	24	58	9	67	297	2,99
Florencia	6	2	8	55	8	63	4	3	7	18	3	21	99	1,00
Ibagué	21	7	28	92	9	101	22	8	30	71	21	92	251	2,53
Inírida	2	2	4	1	-	1	1	-	1	-	-	-	6	0,06
Leticia	8	3	11	5	-	5	1	2	3	2	-	2	21	0,21
Manizales	13	1	14	77	6	83	26	5	31	34	10	44	172	1,73
Medellín	91	36	127	423	41	464	119	30	149	216	59	275	1015	10,21
Mitú	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,02
Montería	11	3	14	84	4	88	15	4	19	62	11	73	194	1,95
Neiva	15	8	23	51	5	56	19	7	26	48	7	55	160	1,61
Pasto	27	13	40	57	2	59	37	3	40	38	12	50	189	1,90
Pereira	24	6	30	141	5	146	24	4	28	63	9	72	276	2,78
Popayán	6	3	9	81	10	91	12	6	18	45	13	58	176	1,77
Puerto Asís	6	1	7	38	5	43	3	-	3	15	4	19	72	0,72
Puerto Carreño	3	-	3	3	1	4	-	-	-	6	-	6	13	0,13
Quibdó	13	2	15	53	7	60	4	1	5	2	3	5	85	0,86
Riohacha	7	-	7	47	5	52	8	1	9	23	8	31	99	1,00
San Andrés	2	3	5	16	2	18	2	-	2	12	3	15	40	0,40
Guaviare	4	-	4	16	1	17	4	-	4	3	-	3	28	0,28
Santa Marta	23	2	25	72	9	81	11	4	15	68	14	82	203	2,04
Santiago de Cali	71	18	89	1261	95	1356	42	11	53	307	73	380	1878	18,90
Sincelejo	6	-	6	57	7	64	17	2	19	39	7	46	135	1,36
Tunja	13	3	16	7	1	8	4	1	5	19	6	25	54	0,54
Valledupar	14	2	16	97	8	105	10	5	15	53	10	63	199	2,00
Sincelejo	29	-	29	130	12	142	14	7	21	81	30	111	303	3,05
Yopal	4	-	4	18	2	20	7	1	8	32	5	37	69	0,69
Total	752	189	941	5129	450	5579	740	194	934	1977	508	2485	9939	100

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia-GCRNV. Base Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres. Recuperado de <http://bit.ly/2hhfAu1>

Tabla 9. Muertes violentas según manera de la víctima – Ciudades capitales
2016 (enero - diciembre)

Municipio del hecho	Homicidio transporte	Accidente de	Accidental	Suicidio	Total
Arauca	11	14	11	9	45
Armenia	110	63	16	21	210
Barranquilla	398	109	44	47	598
Bogotá D.C.	1.302	582	227	307	2.418
Bucaramanga	96	71	23	20	210
Cartagena	233	92	47	28	400
Cúcuta	263	78	39	28	408
Florencia	50	22	12	4	88
Ibagué	107	89	36	45	277
Inírida	1	2	3	1	7
Leticia	10	3	2	3	18
Manizales	81	47	42	22	192
Medellín	535	268	131	157	1.091
Mitú	-	-	4	-	4
Montería	97	97	22	17	233
Neiva	62	71	24	20	177
Pasto	64	58	46	34	202
Pereira	146	88	35	32	301
Popayán	57	67	14	23	161
Puerto Asís	24	17	5	9	55
Puerto Carreño	7	8	1	-	16
Quibdó	121	13	28	4	166
Riohacha	61	48	9	6	124
San Andrés	12	16	7	1	36
San José del Guaviare	9	15	10	4	38
Santa Marta	92	69	33	13	207
Santiago de Cali	1.273	363	95	63	1.794
Sincelejo	56	45	11	18	130
Tunja	9	21	10	12	52
Valledupar	67	63	24	21	175
Villavicencio	128	96	41	22	287
Yopal	23	45	14	6	88
Total	5.505	2.640	1.066	997	10.208

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia-GCRNV. Base Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres. Recuperado de <http://bit.ly/2AIVMtQ>

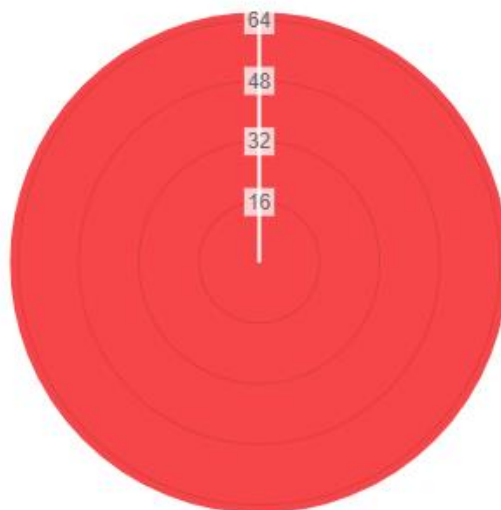
Figura 1

Figura 1. Cantidad de Homicidios Registrados (cada 100 mil habitantes, última medición: 2014, DIJIN)