



SIGNIFICADO DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA UN GRUPO DE
PERSONAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN EL MUNICIPIO DE PASTO,
DEPARTAMENTO DE NARIÑO – 2019

MARÍA IDER CASANOVA

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES

2020

SIGNIFICADO DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA UN GRUPO DE
PERSONAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN EL MUNICIPIO DE PASTO,
DEPARTAMENTO DE NARIÑO – 2019.

Autora

MARÍA IDER CASANOVA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Magister en Salud
Publica

Asesora

Dr. DORA CARDONA

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES

2020

RESUMEN

Objetivo: Interpretar el significado de la atención en salud en un grupo víctimas del conflicto armado en el municipio de Pasto (Nariño). **Metodología:** Investigación cualitativa realizada con 30 víctimas y 17 profesionales de la Red de atención a las víctimas. Se utilizaron historias de vida y entrevista semiestructurada sobre la atención en salud, la satisfacción con dicha atención, el conocimiento de las rutas de atención integral en salud y la atención psicosocial. **Resultados:** El significado de la atención en salud refiere una perspectiva biomédica en cuanto interesa el acceso a consulta médica, el diagnóstico y el tratamiento; desconocen las rutas de atención integral y psicosocial y la manera de acceder a sus derechos. Identifican limitaciones institucionales e individuales para el acceso a los servicios de salud. **Conclusiones:** Se observan brechas entre lo señalado por la norma y su aplicación a las víctimas del conflicto armado lo cual les niega el derecho a la atención integral en salud y la atención psicosocial.

Palabras-clave: Víctimas de violencia, atención en salud, conflicto armado

ABSTRACT

Objective: To interpret the meaning of health care in a group of victims of the armed conflict in the municipality of Pasto, Nariño. **Methodology:** This qualitative study was conducted with a sample of 30 victims and 17 professionals of the network support for victim assistance. Life histories and a semi-structured interview were used on the subject of health care, the degree of satisfaction of said care, the knowledge of comprehensive health care routes and the psychosocial care. **Results:** The interpretation of health care is framed within a biomedical perspective in terms of medical consultation, diagnosis and treatment. Victims do not know the comprehensive and psychosocial care routes or how to access their rights. They identify both institutional and individual limitations for accessing health care services. There are gaps between what the regulations state and their application for the victims of the armed conflict, which denies them the right for comprehensive health care and psychosocial care.

Palabras clave: victims de violence, conflict armada, attention end health

CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN.....	10
2	ÁREA PROBLEMÁTICA.....	12
2.1	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
2.2	ANTECEDENTES	18
3	JUSTIFICACIÓN.....	21
4	MARCO TEÓRICO	23
4.1	REFERENTE CONCEPTUAL	23
4.1.1	Atención Integral para las Personas Víctimas del Conflicto Armado.....	25
4.1.2	Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia.....	30
4.1.3	Red de Prestación de Servicios de Salud en Nariño.....	32
4.1.4	Ruta de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial, para las Personas víctimas del Conflicto Armado.....	36
4.1.5	Percepción.....	37
4.2	MARCO CONTEXTUAL.....	38
4.3	MARCO LEGAL.....	40
5	OBJETIVOS.....	49
5.1	OBJETIVO GENERAL.....	49
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
6	METODOLOGÍA.....	50
6.1	ENFOQUE.....	50

6.2	UNIDAD DE ANÁLISIS	50
6.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	51
6.3.1	Entrevista Estructurada.....	51
6.3.2	Historias de Vida.....	51
6.4	MATRIZ DE CATEGORÍAS	52
6.5	PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	52
6.6	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	53
6.7	INSTRUMENTOS.....	54
6.7.1	Historias de vida.....	54
6.8	PLAN DE ANÁLISIS	54
6.9	CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN	55
7	RESULTADOS	56
7.1	PERSONAL DE SALUD	68
7.1.1	Salud Integral.....	68
7.1.2	Rutas de Atención y Capacitación.....	70
7.1.3	Enfoque Diferencial.....	72
7.1.4	Servicios Brindados a las Víctimas del Conflicto Armado.....	75
7.1.5	Atención Adecuada a las Víctimas del Conflicto Armado.....	76
7.1.6	Mecanismos de Información y Comunicación en el Manejo de Rutas de Atención en Salud a Víctimas.....	77
7.1.7	Necesidades del Personal de Salud para Conocer el Manejo de las Rutas de Atención Integral de Víctimas.....	78
7.1.8	Consecuencias de no Tener Claro el Manejo y Seguimiento de una Adecuada Atención Integral.....	79

8	DISCUSIÓN.....	81
9	CONCLUSIONES.....	84
10	RECOMENDACIONES	86
11	REFERENCIAS	87
12	ANEXOS	95

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Desplazamiento y conflicto armado en pasto Nariño Colombia.....	14
Figura 2. Centros de atención en Pasto.....	34
Figura 3. Ruta de atención integral en salud	37
Figura 4. Mapa Político de Colombia.....	38
Figura 5. Mapa departamento de Nariño	39
Figura 6. Localización de las víctimas en el municipio de Pasto	40

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento 2 - entrevista para víctimas del conflicto armado.....	95
Anexo 2. Historia de Vida-Preguntas orientadoras	98
Anexo 3. Entrevista para personal de salud.....	102
Anexo 4. Ruta de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado..	104

1 INTRODUCCIÓN

El conflicto armado puede entenderse como un problema multidimensional, el cual ha generado diversidad de problemáticas de carácter social, económico, político y como consecuencia de ello, violencia, desplazamiento forzado, inequidad social y pobreza. De acuerdo con Castrillón et al. (1), el conflicto armado ha generado condiciones de “vulnerabilidad social y/o económica, al perder a sus familias, hogares, bienes, costumbres y estilos de vida”... Esta problemática anteriormente mencionada, en Colombia lleva más de 40 años, siendo los actores principales las FARC, ELN, BACRIM, paramilitares, fuerzas armadas, M19, entre otros.

Según el Registro Único de Víctimas “más del 60% han sido desplazados en los últimos ocho años, ocasionando daños en todo el país y en especial a las víctimas de forma directa, quienes además de sufrir pérdidas económicas y materiales, se ven expuestas a padecer afecciones físicas y psicológicas que marcan sus vidas y que en muchos casos se reflejan en consecuencias y huellas irreparables”. (2)

Según registros del Centro de Monitoreo de Desplazamiento Interno (IDM, 2009), Colombia es después de Sudán el país con mayor número de víctimas (3); el conflicto armado es la principal causa de desplazamiento forzado en todo el país, el cual aún continúa y el total de víctimas sigue aumentando.

Como se manifestó anteriormente:

El fenómeno del desplazamiento por la violencia en Colombia ha aumentado de manera considerable en los últimos años haciéndose evidente una crisis humanitaria de grandes proporciones, en la mayoría de los casos las víctimas más de protección; situaciones como la pobreza, desempleo, déficit de vivienda, salud, educación, entre otras, hace que se vulnere más sus derechos y que estas personas sean revictimizadas al ser tratadas con sospecha en cualquier ámbito social, suponiéndolas como cómplices de grupos armados ilegales (ACNUR) (4).

Muchas son las regiones en Colombia que han sido afectadas a causa de la violencia, una

de estas regiones es el departamento de Nariño, donde el número de desplazados por el conflicto armado cada vez se incrementa. Este fenómeno inició a partir de los años ochenta, afectado de forma directa el país. Es importante mencionar, que en la década de los noventa el conflicto armado se agudizó en el departamento de Nariño, como consecuencia de la consolidación de cultivos ilícitos y la llegada de organizaciones armadas.

Las consecuencias y daños que han vivenciado las personas víctimas del conflicto armado en Colombia y específicamente en el departamento de Nariño, ha motivado el desarrollo de la investigación que aquí se propone, teniendo en cuenta el proceso de atención en salud que se brinda a esta población y cómo o de qué forma, es percibido por ellos.

Cabe señalar que la salud se constituye en un elemento indispensable para los individuos. Como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5), las personas y las organizaciones, experimentan salud no solamente por ausencia de la enfermedad, sino también, cuando perciben facilitadores que se encuentran en el contexto sociocultural.

En este sentido, uno de los caminos imprescindibles para las personas víctimas del conflicto armado, podría estar relacionado con gozar de una prestación de servicios de salud pertinente, “con énfasis en el derecho a la salud, en tanto garante de la justicia social” (6).

Se reconocen los esfuerzos constantes de los entes correspondientes, con miras a mejorar los servicios de salud para la población víctima del conflicto armado, los cuales se visibilizan en la normatividad para dicha población. Sin embargo, a pesar de constituirse en un elemento esencial promotor de igualdad existe:

La sensación generalizada de abandono por parte de los organismos de protección, sensación que obedece entre otras causas, a las dificultades para acceder a la atención y a las fallas de prestación de los servicios de salud. Así mismo, se menciona la falta de sensibilidad para entender las necesidades particulares de esta población, de acuerdo con su condición cultural, su género y su ciclo vital. (6)

Las anteriores consideraciones, cobran un valor importante en procesos de investigación, puesto que profundizar en este campo desde una metodología cualitativa, permitirá

comprender las vivencias de esta población, en torno a las categorías que orientaran este estudio.

2 ÁREA PROBLEMÁTICA

Esta investigación se ocupará del significado de la atención en salud de víctimas del

conflicto armado en el departamento de Nariño debido a las consecuencias que dicho conflicto ha desencadenado en la salud de la población y por consiguiente en su calidad de vida a cuya base se encuentra el desplazamiento forzado.

Han sido ampliamente documentados los efectos que dicho desplazamiento ejerce sobre el bienestar de la comunidad, ocasionando sentimientos de frustración, desilusión, desconfianza e infelicidad, así como alteraciones físicas y mentales como consecuencia de las graves violaciones de los derechos humanos de las personas víctimas, sus familias y sociedad. Dado el tiempo que lleva el conflicto armado en Colombia se han reportado más de seis millones de víctimas y casi alrededor de un millón de personas afectadas en salud física y mental, lesiones producto de la guerra que han derivado en discapacidades físicas y mentales, desarraigo de sus territorios, de sus orígenes, donde lo más triste y lo que más duele es que de estos seis millones de víctimas del conflicto, cerca de una tercera parte son niños que han crecido, padeciendo los estragos de la guerra de una manera brutal, llevando en sus corazones figurativos, así como en la memoria sus recuerdos y en la piel de su propio cuerpo, las cicatrices de masacres, violaciones, asesinatos, desplazamiento y desaparición forzada (7). Todas estas situaciones han llevado considerar a las poblaciones, que han sufrido los rigores del desplazamiento forzado, como víctima.

La persona víctima y sus derechos han sido objeto de reflexión en diversos estudios:

Toda persona, pueblo y comunidad como sujetos colectivos y sus integrantes individualmente considerados quienes han sufrido daños como consecuencia de las violaciones a los derechos fundamentales, crímenes de lesa humanidad o infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH), por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1988 en el marco del conflicto armado interno, afectando su integridad física y emocional. A nivel físico se considera que la salud es uno de los derechos prioritarios que de acuerdo con la Ley 4633 de 2011 contempla el goce de medidas especiales de atención, reparación y protección individual y colectiva de las víctimas, lo cual debe ser libre de todo trato discriminatorio y revictimización, se establecen mecanismos por parte del Estado y entidades de salud, quienes deben conocer y manejar de forma adecuada las rutas de

atención en salud a víctimas y hacer el acompañamiento que ellos requieran en beneficio de su calidad de vida y salud en sus diversos ámbitos (6).

De allí que en la ley de víctimas se consagre la atención integral en salud a las víctimas del conflicto armado y se señale como el Sistema General de Seguridad Social haya definido un conjunto de actividades y procedimientos en salud que propende por recuperar el estado de salud física y emocional; la atención integral en salud tiene en cuenta los posibles efectos causados por los hechos victimizantes y de manera preferente hace énfasis en el enfoque reparador que deben tener todas las atenciones en salud a víctimas del conflicto, en tal sentido la atención integral en salud a las personas víctimas deberá observar los principios consagrados en el la Ley de Víctimas (8).

Dada la importancia de la atención en salud de las víctimas mínima la investigación que a este respecto se ha realizado y aunque sobre el desplazamiento forzado existe un volumen de información importante, una revisión de literatura reciente pone en evidencia el hecho que ninguno está orientado a comprender el significado del proceso de atención en salud en este grupo poblacional.

Figura 1. Desplazamiento y conflicto armado en pasto Nariño Colombia



Fuente: unidadvictimas.gov.co

Algunos de los estudios encontrados tuvieron como objetivos los siguientes:

1. Determinar la complejidad de las causas subyacentes a los problemas de salud de las personas desplazadas, señala la necesidad de establecer una amplia política intersectorial

que permita la reubicación de las personas víctimas en condiciones adecuadas como requisito fundamental para el logro del desarrollo humano (9).

2. Conocer la incongruencia entre la realidad en salud mental y la formación en psiquiatría en Colombia, lo que podría tener repercusiones en el momento de planear políticas de intervención en salud mental para las comunidades, abordando temas importantes como la violencia, pobreza, como consecuencia del conflicto armado en Colombia (10).

3. Identificar el déficit alimentario debido a las condiciones precarias de ingresos que no les permite acceder a una canasta alimentaria adecuada, haciendo a las víctimas altamente vulnerables, reflejadas en problemas como: desnutrición, anemia y morbilidad percibida frente a los niveles habitualmente registrados en la población general (11).

4. Evidenciar las causas por las cuales las mujeres abusadas presentan diversos trastornos del sueño, ocasionando una alteración en su vida social, personal y familiar, ellas se ven expuestas a todo tipo de atropello por el abuso producido dentro del conflicto armado (12).

5. Determinar la calidad de vida de los desplazados en Colombia, lo cual ha sido vulnerado, no se ha manejado adecuadamente, las víctimas además de sufrir el destierro obligatorio de su territorio, soportando la discriminación social, se enfrentan a padecer el flagelo de la pobreza, enfermedad e inestabilidad física y emocional (13).

6. Conocer la situación por la que atraviesan las gestantes desplazadas que suelen ser criticadas, lo cual se traduce en sentimientos de tristeza, llanto, desesperación, que influirán en el fruto de su gestación, por lo que el gobierno debe prever un paquete especial de servicios de salud para la población (14).

7. Conocer la carencia de oportunidades que presentan las personas víctimas para acceder a los servicios de salud, educación y proyectos de generación de ingresos, aumentando el riesgo de padecer discapacidad, lo cual se constituye en un problema de salud pública que no solo afecta a las víctimas sino también a sus familias y a la sociedad

(15).

8. Identificar el comportamiento del VIH/SIDA en Colombia, el cual ha mostrado una tendencia de incremento en todo el territorio colombiano, en específico el grupo de 15 a 39 años de edad; el conflicto armado actúa como un catalizador de la epidemia en todo el país. Esta investigación se centró en un grupo de departamentos con fuerte presencia de violencia armada donde el número de casos por VIH/SIDA se aumenta continuamente (16).

9. Valorar el efecto del desplazamiento forzado en cuatro dimensiones del bienestar de la población no desplazada residente en Pasto, produciendo efectos mixtos sobre las condiciones de vida de las comunidades de destino (17).

10. Determinar que el desplazamiento forzado por conflicto armado es considerado como un agravio a los derechos humanos, dentro de una realidad colombiana, marcada por este aspecto. El desplazado es un ser humano que se ve desprotegido, vulnerable y expuesto a todo tipo de agresión y repercusión en su salud y bienestar físico y mental (9).

11. Establecer que los problemas mentales repercuten negativamente en la salud y bienestar de las personas que lo padecen, lo que les impide seguir adelante y poder adquirir un buen desempeño en el medio social. La violencia menoscaba la salud mental de la población colombiana (18).

12. Establecer que el componente de la salud humana tiene varios componentes, uno de esos es buscar delimitar y focalizar el trabajo interventivo en la población víctima donde no solo se debe atender el sufrimiento, sino también el contexto social en el que se encuentran, enfatizando en la prevención, más que en la asistencia (19).

13. Determinar la diferencia entre los indicadores de redes sociales, personales y calidad de vida en salud entre los grupos desplazados: y establecer las redes sociales, personales y tiempo de llegada a la ciudad, donde además de las condiciones que las víctimas han padecido del desplazamiento sufren también rechazo, desconfianza pobreza, problemas físicos y mentales que afectan su bienestar (20).

14. Identificar la calidad de vida en adolescentes, especialmente en las zonas de mayor riesgo de conflicto armado en cada uno de los aspectos sociales: salud, educación, cultura, etc. (21)

15. Determinar que el derecho a la salud mental es muy limitado dentro del sistema de salud colombiano, y que solo recientemente ha logrado mayores avances, incorporando y extendiendo algunos servicios. El enfoque asistencial y hospitalario no se articula con la oferta de acciones desde la atención primaria y comunitaria en el país (22).

Además del acceso a los servicios de salud, la mala atención prestada emerge como problema adicional debido a la situación económica, los sentimientos reprimidos de dolor, las secuelas de la guerra afectan el estado mental y físico de las personas víctimas del conflicto como ha sido señalado previamente. A pesar de que el gobierno colombiano creó el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, “la oferta de servicios de salud no debe solo limitarse únicamente a recibir periódicamente una atención psicológica, psiquiátrica y física de mediana y alta complejidad, sino una atención efectiva tendiente a la prevención, promoción, protección de la vida y seguridad basados en programas de política pública y recursos dirigidos a asegurar el goce efectivo de los derechos fundamentales y colectivos de las víctimas de los pueblos y comunidades, permitiendo su reconocimiento”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 1999).

En cuanto a proyectos realizados en la Universidad de Manizales, no se encuentran temas relacionados a la comprensión del significado del proceso de atención en salud en las víctimas del conflicto armado. Como enfermera y maestrante del programa de Salud Pública, es muy útil en esta investigación el significado atribuido por las personas participantes en este estudio, permitiendo además que los programas con atención psicosocial que brinda el Estado se conviertan en un aporte importante tanto para las comunidades desplazadas en Colombia y en otros países, donde los hechos violentos han producido graves repercusiones en el bienestar y calidad de vida de las personas afectadas.

2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el significado que tiene el proceso de atención en salud para un grupo de personas

víctimas del conflicto armado en el municipio de Pasto, departamento de Nariño, 2019?

2.2 ANTECEDENTES

A continuación, se describen los resultados de la búsqueda de estudios regionales, nacionales e internacionales, que se relacionan con la temática de la investigación que se pretende abordar, a través de la utilización de bases de datos científicos como Pudmed, Ebsco Medline, Scielo, Redalyc, Dialnet.

A nivel Regional se reconoce el estudio de Bohada (3) denominado: “desplazamiento forzado y condiciones de vida de las comunidades de destino: El caso de Pasto, Nariño”. Su objetivo estuvo centrado en valorar los efectos del desplazamiento forzado sobre las condiciones de vida de las comunidades no desplazadas de Pasto-Nariño. La metodología se fundamentó en un diseño no experimental y se recurrió al método PSM. Los resultados del presente estudio valoraron el efecto del desplazamiento forzado en cuatro dimensiones del bienestar de la población: infraestructura social, gasto en alimentos, confianza entre miembros de la comunidad y condiciones de seguridad.

Así mismo, se resalta la investigación del autor Pacheco (23) denominado: “guerra y derecho a la salud en Colombia. El caso del Departamento de Nariño”. Este antecedente se centra en una revisión de tema, retomando conceptualizaciones basadas en el Sistema Nacional de Salud, Constitución de Colombia, la Salud como un derecho fundamental, Departamento de Nariño en su frontera con el Ecuador. Los hallazgos de la revisión teórica muestran que el marco del conflicto armado interno, el derecho a la salud, fundamental y consagrado constitucionalmente en Colombia, suma a las limitantes generales del Sistema de Salud Colombiano, que se adhieren a la guerra, vulnerabilidad, difícil garantía para todas las personas, un plan de salud inferior, limitaciones para acceder a la salud en condiciones de igualdad, servicios de salud con calidad disminuidos.

A nivel Nacional se encontró un estudio de Cardozo Cortes y Castro (24) denominado “relaciones funcionales entre la salud mental y capital social en víctimas del conflicto armado y personas en situación de pobreza”, desarrollado en la Ciudad de Barranquilla, cuyo objetivo fue establecer las relaciones funcionales entre salud mental y capital social en

personas que han sido víctimas del conflicto armado y en personas en condición de pobreza. El estudio fue de tipo exposfacto, retrospectivo, en el cual participaron 190 adultos en situación de desplazamiento y 190 en situación de pobreza. Los hallazgos del estudio demostraron correlaciones significativas entre el capital social y la salud mental; resultada que se constituyen en un insumo importante para el desarrollo de programas de intervención en la población objeto de estudio.

La investigación basada en revisión documental de Moreno y Díaz (25), denominada: “posturas en la atención Psicosocial a víctimas de conflicto armado en Colombia”, se realizó a partir del año 2000, plateándose el objetivo de situar principales consideraciones sobre los procesos de acompañamiento psicosocial a la población víctima de la violencia por el conflicto armado en la historia reciente el Colombia. En las categorías seleccionadas para el análisis se mencionan: Iniciativas estatales para la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado, reflexiones investigativas sobre procesos de atención a víctimas, recomendaciones a profesionales que adelantan procesos de atención y reparación de víctimas y finalmente, la reivindicación del sujeto en procesos de atención. Los hallazgos muestran un panorama sobre las principales posturas en el marco de la atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado, en Colombia.

El estudio abordado por los autores Castrillón, Palacio, Gómez, Álvarez y Paniagua (26), denominado: “víctimas del conflicto armado en la Ciudad de Medellín: una lectura estética de la participación política”, en la búsqueda de comprender los sentidos y significados que la Organización Caminos de Esperanza- Madres de la Candelaria- Organización de madres víctimas del conflicto armado, en la Ciudad de Medellín. Esta investigación se basó en una metodología narrativa del discurso de las ciencias sociales, que comprende la realidad y ser susceptible de ser interpretada. Este estudio plantea diversas fases. En la primera los investigadores realizan una lectura próxima a la estética. La segunda, plantea la foto etnografía, mostrando un rol activo de los participantes. La tercera, menciona la exposición de imágenes, fotografías relatadas. Los participantes del estudio en las fotografías relatadas muestran la experiencia de duelo. En contraste, las madres también expresaron emotividad y tranquilidad. La estética colectiva basada en lo afectivo como envoltura generadora de

emociones en la esfera pública.

De igual forma, es importante mencionar el estudio de Herrera y Pertuz (27) denominado: “narrativas femeninas del conflicto armado y la violencia política en Colombia, contar para rehacerse”. Es un estudio cualitativo, fundamentado en las narrativas en torno al conflicto armado y violencia política en Colombia, a partir de la recuperación de las voces de mujeres de un sector excluido de la historia oficial. Se remite a narrativas de mujeres protagonistas del conflicto político en la historia reciente del país. Las reflexiones están acompañadas desde una perspectiva de género construida desde los intentos de reconfiguración en la sociedad. Las situaciones expresadas se relacionan con la falta de igualdad, críticas frente a la significación de ser mujer en la lucha armada, el discurso que vincula a las mujeres como constructoras de paz.

Como antecedente Internacional se menciona la investigación de Mateos (28) titulada: “menores, educación y conflicto armado: Un análisis desde la realidad africana 15 años después del Informe Machel”. La investigación pretendió analizar el impacto de los conflictos armados africanos en la infancia y en aspectos como la educación, a través de revisión documental sobre los avances, déficits y principales retos de los menores en conflictos armados. De este antecedente es importante resaltar los siguientes hallazgos. En primer lugar, los autores exponen que la población civil se constituye en las principales víctimas de la violencia armada, siendo las mujeres y menores, los más afectados. En segundo lugar, se resalta la atención internacional hacia el impacto del conflicto armado en menores, a través de la configuración de programas de protección de los derechos de los niños afectados por la guerra. Finalmente, se destaca que la repercusión de los conflictos armados sobre la población infantil debe convertirse en una necesidad y preocupación primordial, siendo una su protección, una responsabilidad de todos.

3 JUSTIFICACIÓN

Considerando el contexto del departamento de Nariño y la relación que con el conflicto armado ha mantenido durante un sin número de años, es imprescindible justificar la importancia de la investigación a partir de amplias perspectivas que aporta la investigación cualitativa, no solo para lograr la comprensión directa del fenómeno sino también para poder trascender al significado de las vivencias, experiencias, expectativas y demás aspectos relevantes de los participantes de esta investigación. Como se ha citado en distintos apartados, existe en nuestro departamento un sistema integral de atención en salud a víctimas del conflicto armado integrado por diferentes, rutas, procedimientos y acciones que permiten a las víctimas acceder a su atención en salud. Sin embargo, se ha considerado fundamental comprender desde el punto de vista de la subjetividad de estas, como perciben desde su experiencia la atención asistencial de este sistema.

El propósito del presente estudio busca como primera medida comprender cuál es el significado de la atención en salud que tienen los participantes de la investigación, tomando como principal herramienta de recogida de información: la historia de vida. Es fundamental mencionar que la historia de vida permitirá ahondar y recabar información amplia y en profundidad del fenómeno que en este estudio se aborda, puesto que permite examinar e interpretar a partir de la experiencia del colectivo toda esa amplia gama de significados que experimentan en los diferentes procesos de atención en salud.

Considerando la argumentación anterior, hay que tener en cuenta que una investigación cualitativa abre puertas no solo a la interpretación del fenómeno de estudio sino también a posibles oportunidades de mejora y de intervención a partir de las acciones que los participantes puedan generar, puesto que, como se ha mencionado, existen en el territorio algunas falencias con respecto a la atención prioritaria, oportuna y con calidad que debería recibir esta población. En ese sentido, se convierte en relevante desarrollar como uno de los objetivos específicos la caracterización sociodemográfica que permita identificar todas las características esenciales de los participantes y del contexto específico de la investigación y a su vez describir los significados interpretando toda la información que se obtenga a partir del instrumento de recogida de datos.

Es importante mencionar como otro aspecto que justifica el desarrollo de la investigación, la pertinencia de éste, en cuanto a recursos, acceso a los participantes, a las diferentes unidades de atención y demás aspectos contextuales que permiten comprender el fenómeno de forma global y a profundidad.

Por otra parte, el impacto que se busca con la presente investigación es contribuir a partir de la resignificación de la historia de vida de las víctimas y de la interpretación obtenida, conclusiones importantes que permitan generar cambios frente a las falencias que presenta la atención en salud de esta población.

4 MARCO TEÓRICO

En este capítulo se abordará el marco conceptual, normativo y contextual de la investigación.

4.1 REFERENTE CONCEPTUAL

El tema de la salud ha cambiado de una perspectiva centrada en lo individual, en los síntomas y en la enfermedad, a una mirada en la cual el contexto ambiental cobra significado. Es decir, que los seres humanos diariamente se relacionan con contextos externos, que muchas veces afectan su salud y su bienestar. Al respecto, la OMS (5) es clara al señalar que la salud, no solamente es ausencia de la enfermedad, sino también, las circunstancias equitativas que permiten experimentar salud y bienestar.

En la nueva perspectiva de la salud, la OMS asume un rol fundamental y en el año 2005 establece los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), los cuales son entendidos como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (29). En este sentido, sería lógico pensar que las circunstancias en las cuales las personas participan en su diario vivir muchas veces no son equitativas y las situaciones de vida, a simple vista son muy diversas; ello implica, “qué hay personas en un riesgo mayor de padecer enfermedades y sus consecuencias” (30).

Dentro de los DSS, se reconocen los estructurales e intermedios. En los primeros se menciona “el contexto social, político y económico, además de la posición social que ocupan los individuos en la estructura social que a su vez está condicionada por la clase, el género, la etnia y las oportunidades en términos de educación, ocupación e ingresos” (31) y los segundos, incluyen, “las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, comportamiento de la población y barreras para adoptar estilos de vida saludables y los servicios de salud” (31). De esta manera, las condiciones de vida desfavorables, las circunstancias que sitúan a la población en una posición socioeconómica y la desigualdad en el acceso a la salud, podrían constituirse en un determinante que afecta las condiciones de salud de las personas, en la mayoría de los casos, la población vulnerable y de bajos recursos económicos. Al respecto, autores como Borde et al (32),

señalan que los DSS cobran un valor importante en el marco de las inequidades en salud, las cuales son injustas y evitables. En este contexto, la salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas de cuidado encargados de vigilar la salud de las personas y los grupos (33).

Debido a subsanar las desigualdades en salud, los DSS se incluyen como un componente esencial en el Plan Decenal de Salud Pública (34), puesto que se reconoce que garantizar el acceso a un sistema de salud integrado y equitativo, es indispensable para el bienestar de todas las personas.

Tal como se menciona en el PDSP, uno de sus objetivos estratégicos es alcanzar mayor equidad en salud, como un derecho inherente al ser humano y como una prioridad para alcanzar la justicia social.

De acuerdo con lo anterior, la salud se constituye en un derecho fundamental, en consecuencia, sería lógico pensar que todos los seres humanos deberían acceder a un servicio de salud accesible, integral, de calidad y sin discriminación, “determinado por su carácter igualitario y universal”. Este acercamiento, abre la posibilidad de existir condiciones de salud desde un enfoque de derechos para todas las personas, eliminando la brecha para las poblaciones pobres y vulnerables, en “un nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente”

No obstante, y a pesar de consolidarse la salud como un enfoque de derechos, estudios señalan que aún “se observa que la fragmentación y la inequidad en la cobertura de salud son problemas recurrentes y prioritarios en cuanto a la diferenciación marcada de servicios de salud...” (35). Bajo este planteamiento es posible mencionar dos aspectos relevantes. En primer lugar, que la atención en salud muchas veces no es vista desde una dimensión multidimensional, dando lugar a tratamientos e intervenciones fragmentados. Y, en segundo lugar, si bien es cierto, todas las personas acceden a un servicio a la salud, no siempre se ofrece en igualdad de condiciones, en efecto, la salud de las poblaciones más desfavorecidas, se encuentra en mayor riesgo.

A este fin, se supone responde la atención integral en salud para las personas víctimas del conflicto armado la cual debe ser planeada siguiendo los enfoques de derechos, psicosocial, diferencial y transformador. Sus lineamientos se presentan en el numeral siguiente.

4.1.1 Atención Integral para las Personas Víctimas del Conflicto Armado.

La atención integral en salud con enfoque psicosocial para personas víctimas del conflicto armado, debe garantizar el acceso real, oportuno y preferente a los servicios de salud, con miras a restablecer su estado de salud. En todos los casos, se debe garantizar que la atención en salud recibida cumpla con los estándares de calidad, oportunidad, pertinencia y con los principios básicos establecidos en las leyes 1438 y 1448 de 2011.

La duración del plan de atención integral en salud física y mental, con enfoque psicosocial brindado a la persona víctima, deberá obedecer a los criterios técnicos, científicos y éticos para la atención en salud y será realizado por el tiempo necesario para el restablecimiento o mejoramiento de su estado de salud física y mental. Para ello se deberán ajustar los procesos y procedimientos para permitir el desarrollo ágil y oportuno de la atención en salud por parte de los actores y responsables, en aras de cumplir con la normatividad vigente en materia de atención integral a las víctimas del conflicto armado en Colombia, brindándose con enfoque psicosocial y diferencial, que propenden por mitigar el impacto del daño generado por las violaciones graves a los derechos humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario, en razón a los hechos victimizantes de los cuales fueron sujeto.

La atención integral en salud brindada a las personas víctimas debe contemplar un trato preferencial, digno y humanizado centralizado en sus prioridades, desde la puerta de entrada a los servicios de salud; además, debe tener en cuenta las situaciones especiales en la atención, sobre las que se establecen recomendaciones en los fallos o medidas de protección de las instancias judiciales así como las particularidades contempladas en las disposiciones legales para la atención con enfoque diferencial a las víctimas del conflicto.

A la implementación de las acciones de atención integral en salud concurrirán diferentes actores: Direcciones Territoriales de Salud (DTS), Empresas Promotoras de Salud (EPS),

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entre otros.

Estos actores proyectarán en forma coordinada tareas para la atención del daño y los efectos causados por el conflicto armado, como uno más de los determinantes en salud, haciendo énfasis en: a) promoción de la salud y prevención de la enfermedad. b) acciones intersectoriales para impactar los determinantes, c) autocuidado d) orientación individual, familiar y comunitaria y e) talento humano organizado en equipos multidisciplinarios cualificados.

El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas PAPSIVI, es un programa que consiste en el desarrollo de los procesos, estrategias y acciones diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social en materia de asistencia, reparación y rehabilitación física, mental y psicosocial de las víctimas del conflicto armado. Estas directrices se desarrollan articuladamente con los demás actores del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV) y con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Para mitigar el impacto y el daño a la integridad física, psicológica y moral de las víctimas de violaciones a los derechos humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario, el Gobierno Nacional implementa el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto – PAPSIVI, en el marco de la Ley 1448 de 2011.

En ese sentido, el Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe, y la directora de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, Paula Gaviria Betancur, señalaron que: “este programa permite la asistencia integral en salud, con enfoque diferencial, de las víctimas y el restablecimiento de sus condiciones físicas y mentales, como medida de rehabilitación” (36). PAPSIVI trabaja bajo cuatro enfoques: el de las víctimas como sujeto de derechos; el psicosocial, a través del que se reconoce el impacto de los hechos violentos sobre cada individuo de manera particular, acogiendo las directrices del Enfoque Psicosocial desarrolladas por la Unidad para las Víctimas; el diferencial, donde se tiene en cuenta la situación pertenencia étnica, orientación sexual, vulnerabilidad y discapacidad; y por último, un enfoque transformador que implica la

actuación sobre las condiciones de vulnerabilidad.

PAPSIVI forma parte de las medidas de asistencia y rehabilitación a las víctimas del conflicto armado previstas en la Ley de Atención, Asistencia y Reparación Integral de las Víctimas del conflicto armado y de Restitución de Tierras. Para la implementación del componente de Atención Psicosocial, el Ministerio conformó 126 equipos interdisciplinarios compuestos por profesionales de ciencias sociales y humanas, ciencias de la salud y promotores comunitarios. “Son más de 550 personas formadas para brindar la atención psicosocial en 17 departamentos, 230 municipios y Bogotá D.C.”, aseguró Paula Gaviria Betancur, directora de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (36).

Retos y Desafíos de la Ley 1448 de 2011

El Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe, expuso los siete retos que tiene la implementación del Programa de Atención Psicosocial a Víctimas en los siguientes aspectos:

1. Disminución de barreras para el acceso a la salud integral.
2. Implementación progresiva y participativa del PAPSIVI con las víctimas del conflicto armado.
3. Formación del talento humano (servidores públicos de planta y de contrato) del Ministerio en el tema de víctimas y reparación.
4. Establecimiento de los procesos de coordinación con las diferentes entidades del sector (Secretarías de Salud, EPS e IPS).
5. Articulación del sector con los entes territoriales y el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas - SNARIV (ICBF, Educación, Trabajo, SENA, Min Interior) en los territorios, en la fase de alistamiento.
6. Fortalecimiento de la identificación como víctima en el momento de acceder a los servicios de salud, en coordinación con el sector de las TIC.

Aseguramiento del 100% de la población víctima.

Fases de la implementación del PAPSIVI

Construcción conjunta: el Programa de Atención Psicosocial a Víctimas fue elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social, consultado y socializado con la población afectada durante 2012 y primer semestre de 2013, en un espacio transitorio de participación dispuesto por la Unidad.

Alistamiento: se coordinó entre junio y julio de este año con los departamentos, distritos y municipios del país la implementación del componente psicosocial.

Implementación progresiva: la tercera fase inició en julio de 2013 y se extenderá hasta marzo de 2014; consiste en la formación de los servidores públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud con los equipos interdisciplinarios de PAPSIVI.

Monitoreo y seguimiento: a través de las secretarías departamentales y municipales de salud se realiza desde julio de 2013 el seguimiento y monitoreo al programa, en el marco de la Ley 1448 de 2011.

Con referencia a lo anterior, PAPSIVI, se basa en ciertos enfoques para la atención a víctimas como son:

Enfoque de derechos: reconoce a las víctimas como sujetos de derechos que deben ser garantizados por el Estado. El enfoque de derechos humanos es el marco de toda actuación estatal, gubernamental y ciudadana, que para el caso colombiano fue instituido por la Constitución Política de 1991 dando origen a la transformación más fundamental del Estado – Nación colombiano en el siglo XX, al otorgar a los ciudadanos y ciudadanas la titularidad de los derechos y al Estado la obligación primera y esencial de su garantía.

El primer artículo de nuestra Carta Política define a Colombia como un Estado social de derecho y una República democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general. Es decir que, como nación libre e independiente, decidimos

privilegiar como marco de nuestro contrato social, el respeto, la protección y garantía de los derechos humanos, al punto de que el fin esencial del Estado es servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución (Art. 2).

En este sentido, la Constitución establece una jerarquía en la que impone como principio rector sobre cualquier otro objetivo de la actuación del Estado, la obligación de la vigencia real de los derechos humanos para todos los asociados. Y así lo ha desarrollado la Corte Constitucional en reiterada jurisprudencia en la que ha tutelado reiterativamente la condición inalienable de los derechos de todas las personas y particularmente de quienes han sido vulnerados y despojados de los mismos como consecuencia del conflicto armado interno en Colombia.

Enfoque psicosocial: que reconoce el impacto del hecho violento sobre las víctimas, su familia y en la comunidad. En este proceso se privilegian siempre las acciones tendientes a reparar la dignidad humana, generar condiciones para la exigencia de los derechos, y devolver a estas personas y comunidades la autonomía y el control sobre sus vidas y sus historias, entre otras cosas porque reconoce y valida las potencialidades y capacidades con las que cuentan las personas y las comunidades para recuperarse y materializar sus proyectos de vida.

Enfoque diferencial: que toman en cuenta el ciclo vital, el género, la orientación sexual, la etnia, la condición de discapacidad y el hecho victimizante, en cada caso particular. En el marco de la Ley 1448 de 2011, el enfoque diferencial es considerado uno de los principios generales que rigen a la misma y es enunciado en su artículo 13: “El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad. Por tal razón, las medidas de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral que se establecen en la presente ley, contarán con dicho enfoque.

Enfoque transformador: que implica actuar sobre las condiciones de vulnerabilidad que llevaron a la victimización. Con el objetivo de realizar procesos de reparación dirigidos a

transformaciones democráticas, en donde dichas acciones dejen de ver a todos por igual sin evaluar la gravedad que el hecho tiene, no solo desde la valoración del daño realizada por terceros, sino desde la percepción del impacto que este evento tuvo para las personas y en especial para cada una de las víctimas en particular, diversos autores proponen que todo proceso de reparación que ya inicia en contextos de desigualdad y en ambientes de mayor restricción y vulneración de derechos, debe ser restituido de forma particular, no solo como un mecanismo que les permita a estas personas enfrentar las secuelas del daño vivido, sino como una estrategia transformadora de las relaciones de poder y desigualdad.

Partiendo de estos enfoques, el PAPSIVI consulta las necesidades sentidas de las víctimas, sus expectativas, sus conocimientos, su historia, de tal forma que se haga efectivo el reconocimiento de su dolor y sufrimiento.

El PAPSIVI está enmarcado en el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia al cual se aludirá brevemente a continuación.

4.1.2 Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población del país. Su objetivo principal se focaliza en propender por el estado de la salud de los individuos, equitativo.

Según Rodríguez (2014, p. 56), se resaltan los principios básicos que rigen la SGSSS. El primero hace mención a la Universalidad, el cual busca amparar a todos los individuos, sin distinción alguna. Le segundo se relaciona con la integridad, especificando la integración de los servicios, los cuales deben ofrecerse de manera oportuna y de calidad. El tercer principio señala la solidaridad, en el cual se resalta el principio de responsabilidad que rige la atención en salud. Finalmente menciona la igualdad; principio indispensable que beneficia a todos los seres humanos en igualdad de condiciones. (Ahora bien, la legislación en Colombia intenta beneficiar a la población víctima de conflicto armado y se establecen leyes específicas para ellas. De esta manera, se menciona:

La Ley 1448 de 2011 fija una nueva institucionalidad y un sistema de atención a las víctimas del conflicto armado que involucra al Gobierno Nacional, a las entidades territoriales y a los organismos de control y propugna por la participación efectiva de las víctimas en la formulación, ejecución, seguimiento y control de las políticas que las cobijan.

Dentro de las medidas de asistencia y atención a las víctimas, dicha ley establece medidas en materia de salud, como son, la actualización del plan obligatorio de salud -POS, la garantía de la cobertura universal de la asistencia en salud a las víctimas, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, de acuerdo con las competencias y responsabilidades de los actores del sistema, en armonía con la Ley 1438 de 2011 y además amplía la gratuidad hasta el nivel 2 de SISBEN para la población víctima del conflicto armado (37).

Funciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud para con las víctimas del conflicto armado en Colombia

1. Contar con un directorio actualizado de las instituciones encargadas de la atención a personas víctimas del conflicto armado y de la violencia sociopolítica
2. Contar con un directorio actualizado de organizaciones no gubernamentales o de otro tipo que brinden atención a personas víctimas del conflicto armado.
3. Orientar a las víctimas sobre sus derechos y la red institucional o de apoyo a la cual pueden asistir de acuerdo con las necesidades.
4. Apoyar a las comunidades y las familias de acuerdo con las rutas de atención concertadas.
5. Establecer espacios de coordinación con funcionarios de otros sectores encargados de la atención psicosocial para coordinar los esfuerzos intersectoriales y armonizar los programas existentes en atención psicosocial de acuerdo con las necesidades de las poblaciones afectadas (37).

Afiliación en salud:

1. De acuerdo con la información disponible en la Subdirección RNI, proveniente del Registro Único de Afiliados –RUAF del Ministerio de Salud, para el municipio en cuestión, se presentan datos del número de personas víctimas afiliadas al SGSSS, según el régimen de afiliación. régimen personas afiliadas: subsidiado: 24,646, excepción: 115, contributivo: 4,046 (38).

- a. La cobertura del sistema de salud en afiliación de población víctima del conflicto en la ciudad de Pasto, es del 53,7% con un total de 28.807 personas. En el régimen subsidiado se reporta el 85,6% (24.646) de la población afiliada, mientras que en el contributivo están el 14,0% (4.046) de las personas. (38)

4.1.3 Red de Prestación de Servicios de Salud en Nariño.

La Red Departamental de Prestadores de Servicios de Salud de Nariño se organiza con base en los servicios por niveles de complejidad y el entorno externo de cada subregión determinada por la interrelación de las siguientes variables:

Las características del perfil epidemiológico: definido por la morbimortalidad específica presente en cada subregión. Condiciones geográficas, disponibilidad y estado de las vías de acceso: factores que condicionan la utilización de los recursos y la articulación de los servicios entre los diferentes niveles de complejidad y aplicación de los modelos de atención en salud; se tiene en cuenta que el departamento tiene alta población dispersa, condiciones de las vías y situaciones climáticas. La situación de la subregión Occidente se hace más crítica a la anteriormente descrita, teniendo en cuenta que en 7 de los 10 municipios el acceso se realiza vía fluvial y marítima y está limitado a las condiciones para la navegación y pluviales de la región, encontrándose municipios a una distancia de 498 km., a un tiempo de acceso promedio de 12 horas, teniendo como paso obligado el municipio de Tumaco. Se resaltan las condiciones de acceso del municipio de Barbacoas que se encuentra a 225 Km, con un tiempo promedio de acceso de 20 horas por las condiciones de la vía.

Las características demográficas: permiten identificar y definir los servicios de salud que se requieren en cada una de las subregiones, optimizando la oportunidad y calidad. La red pública municipal la constituye Pasto Salud ESE, para la atención en baja complejidad cuenta con: 22 IPS distribuidas por redes así: Red Norte con cabecera en el Hospital Civil y a cargo de 4 IPS mas, distribuidas en área urbana y rural. La Red Sur con cabecera en el Centro Hospital La Rosa ubicada en la comuna 5 y a cargo de 4 IPS más distribuidas en área urbana y rural. La Red Oriente con cabecera en el Centro de Salud Lorenzo de Aldana a cargo de 5 IPS más distribuidas en área urbana y rural, y la Red Occidente con cabecera en el Centro de Salud Tamasagra a cargo de 5 IPS más, distribuidas en área urbana y rural.

Se registran 17 clínicas privadas que prestan servicios de medicina especializada, cirugía plástica y procedimientos estéticos, clínicas odontológicas y servicios de atención en salud de mediana y alta complejidad.

Cuenta con seis (6) hospitales, uno de baja complejidad (hospital Local Civil perteneciente a Pasto Salud ESE), uno de mediana complejidad, Hospital Infantil los Ángeles- HILA, dos de alta complejidad Hospital Universitario Departamental de Nariño - HDUN, Fundación Hospital San Pedro - FHSP, y dos Hospitales Mentales (San Rafael y Perpetuo Socorro).

Para la organización de la red de prestación de servicios de salud del Departamento de Nariño se constituyeron 5 Nodos de referencias y contrarreferencia, teniendo en cuenta la ubicación geográfica de cada Municipio: centro, sur, norte, occidente, centro occidente (39).

Figura 2. Centros de atención en Pasto



HOSPITAL LOCAL CIVIL
Carrera 24 Calle 27 Esquina
B/ Corazón de Jesús



CENTRO DE SALUD SAN VICENTE
Calle 5 Carrera 35 Esquina B/San
Vicente



FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO
Calle 16 Carrera 43 Esquina B/ San Pedro
Tel. 7336000 - 7222986



CENTRO DE SALUD LORENZO
Calle 18 Carrera 3 Esquina B/ Lorenzo
Tel. 7321764—7321765 Ext. 17



**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**
Calle 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar
Tel. 7333400- 7214525—7213615



HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES
Carrera 32 No. 21 — 30
B/ Avenida Los Estudiantes
Tel 7310684- 7336400

Fuente: Creación propia

Con el aval del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Departamental de Salud de Nariño, coloca a disposición de las instituciones de salud y de la ciudadanía en general, la Red de Prestación de Servicios de Salud del Departamento, para lo cual se estructuró un modelo de atención en salud, y se elaboró un estudio de la situación de la prestación pública de los servicios de salud en el territorio nariñense, enfocados a mejorar el acceso de los servicios de salud de los nariñenses, optimizando el uso de las

instituciones prestadoras de servicios de salud del sector público. Parar ello:

La Red de Prestación de Servicios en Salud ha sido organizada según el nivel de complejidad y de acuerdo con la ubicación geográfica de cada municipio. En total se cuenta con 314 puntos de atención públicos, entre las sedes principales y centros de salud, de los cuales el 25% están ubicados en la zona centro, el 23% en el sur, el 34% en la zona occidente, el 8.5% en el norte y el 8.5% restante se encuentra en el centro occidente.

En el departamento de Nariño la vinculación de las IPS públicas a las redes regionales es obligatoria; sin embargo, esta vinculación no implica la pérdida de la autonomía de las Empresas Sociales del Estado, y las IPS privadas son operadores que apoyan en caso de emergencia de acuerdo con los servicios que tengan habilitados. Al respecto, cabe anotar que el Gobierno Departamental y Nacional, vienen aunando esfuerzos mancomunados tendientes a mejorar las condiciones de acceso y calidad en la atención y prestación de los servicios de salud de la población nariñense (40).

En la actualidad la red pública de prestadores de servicios de salud de Nariño está conformada de la siguiente manera:

En el nivel de baja complejidad por 63 ESEs, 13 IPSs indígenas y 233 unidades de atención.

En el nivel de mediana complejidad se cuenta con 4 hospitales: Hospital Eduardo Santos, Hospital San Pedro, Hospital San Andrés y Hospital Civil de Ipiales; y en alta complejidad se cuenta con: Hospital Universitario Departamental de Nariño – HUDN.

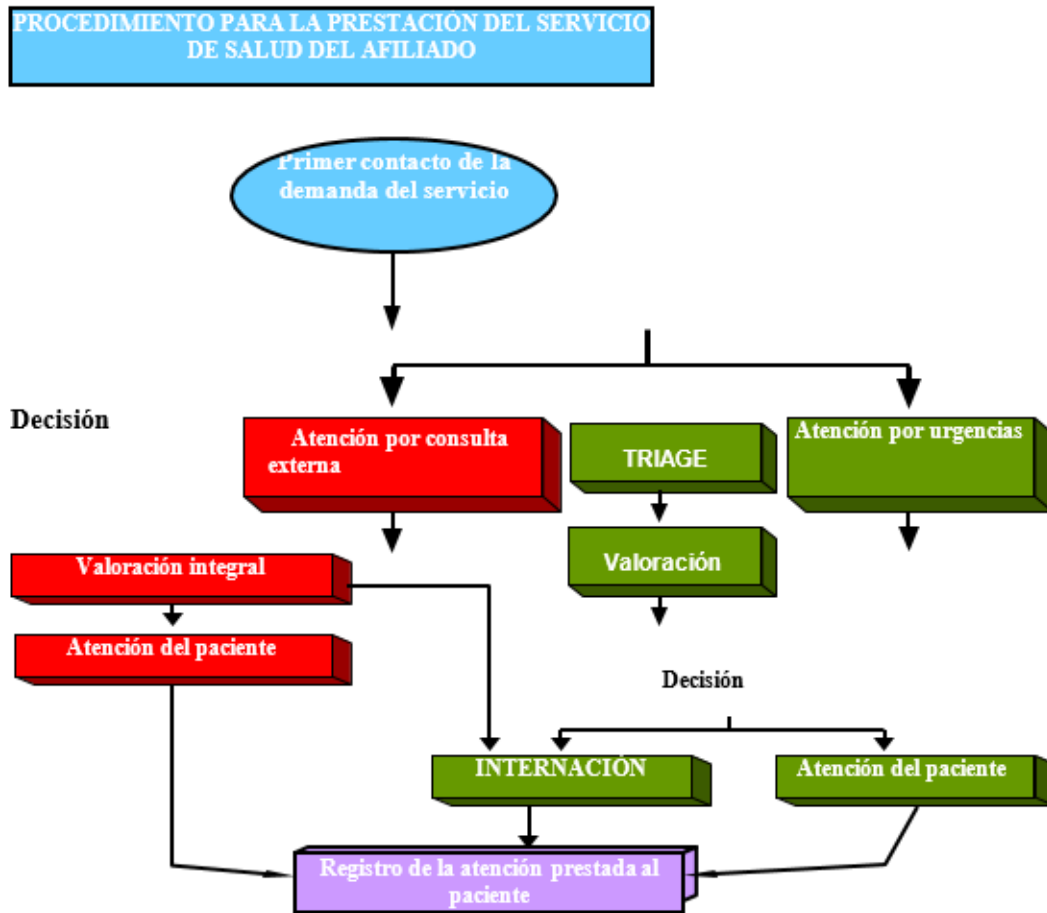
Adicionalmente se completa acciones, intervenciones y procedimientos con 11 instituciones de mediana complejidad privadas: IPS Gestionar Bienestar, Hospital San Rafael (psiquiátrico), Clínica Palermo, IPS Sur Salud, IPS Medfam, Clínica Los Andes, CEHANI; y 8 de alta complejidad: Clínica Fátima, Hospital Infantil Los Ángeles, Clínica Los Andes, Cafesalud, Proinsalud, Clínica Valle de Atriz, Clínica Hispanoamérica) (41).

4.1.4 Ruta de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial, para las Personas víctimas del Conflicto Armado.

En la atención integral en salud con enfoque psicosocial, a las personas víctimas del conflicto se debe garantizar el acceso real, oportuno y preferente a los servicios de salud, para el restablecimiento de su estado de salud, de acuerdo con lo establecido en el PAPSIVI, contando siempre con su consentimiento. En todos los casos se debe garantizar que la atención en salud recibida cumpla con los estándares de calidad, oportunidad y pertinencia, y con los principios básicos para la atención en salud, establecidos en las Leyes 1438 de 2011 y 1448 de 2011. La duración del plan de atención integral en salud física y mental, con enfoque psicosocial, brindada a la persona víctima, deberá obedecer a los criterios técnicos, científicos y éticos para la atención en salud, y será realizada por el tiempo necesario para el restablecimiento o mejoramiento de su estado de salud (física y/o mental). Para ello se deberán ajustar los procesos y procedimientos para permitir el desarrollo ágil y oportuno de la atención en salud, por parte de los actores y responsables, en aras de cumplir con la normatividad vigente en materia de atención integral a las víctimas del conflicto armado en Colombia, brindándose con enfoques psicosocial y diferencial, que propenden por mitigar el impacto del daño generado por las violaciones graves a los derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario, en razón a los hechos victimizantes de los cuales fueron sujeto.

La atención integral en salud brindada a las personas víctimas debe contemplar un trato preferencial, digno y humanizado requerido por su condición especial, desde la puerta de entrada a los servicios de salud; además debe tener en cuenta las situaciones especiales en la atención, sobre las que se establecen recomendaciones en los fallos o medidas de protección de las instancias judiciales, así como las particularidades contempladas en las disposiciones legales para la atención con enfoque diferencial a las víctimas de conflicto (42).

Figura 3. Ruta de atención integral en salud



Fuente: Elaboración propia 2019

4.1.5 Percepción.

Oviedo (43), define la percepción como un proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante. En ese sentido, la percepción para la presente investigación permite a las víctimas de conflicto armado crear un sentido subjetivo y comprensión del hecho victimizante considerando su contexto, su nivel de conciencia y pensamiento, de acuerdo al servicio de atención en salud.

4.2 MARCO CONTEXTUAL

Colombia es un país situado en la región noroccidental de América del Sur, está constituido como un Estado unitario, social y democrático de derecho, cuya forma de gobierno es presidencialista. Esta república está organizada políticamente en 32 departamentos y el Distrito Capital: Bogotá, sede del Gobierno Nacional. Este país es la única nación del continente que tiene costas en el océano Pacífico y Atlántico, es la cuarta nación en extensión territorial de América del Sur y con alrededor de 47 millones de habitantes, la tercera población en toda América Latina.

Figura 4. Mapa Político de Colombia



El Departamento de Nariño, el cual es objeto de estudio en esta investigación, se encuentra localizado al suroccidente de la república de Colombia. Al norte limita con el departamento del Cauca, al sur con la república del Ecuador, al oriente con el departamento del Putumayo y al occidente con el océano Pacífico. La superficie total del Departamento es de 33.265 Km², correspondientes al 2.9% de la extensión territorial del país. El número de habitantes es de 1.701.782 personas.

Nariño está dividido en 64 municipios y 5 subregiones. La ciudad San Juan de Pasto es la capital del Departamento, el cual estuvo marcado por la complejidad de los procesos sociales, económicos y lo irregular de las confrontaciones armadas han hecho que la configuración del conflicto en el Departamento sea diversa y dinámica, variando según las

circunstancias y el contexto.

Figura 5. Mapa departamento de Nariño



Respecto del municipio de Pasto y según proyección del DANE: la población de este Municipio, para el año 2015 fue de 439.993 habitantes (el 25,2 por ciento de la población total del Departamento de Nariño); de los cuales, el 51,7 por ciento son hombres (227.611) y el 48,3 por ciento son mujeres. En cuanto a su distribución espacial, el 83,1 por ciento (365.651 habitantes), se ubica en la parte urbana del municipio y el porcentaje restante (16,9 %) en el sector rural. Con relación a la pirámide poblacional del municipio de Pasto, la mayor concentración de población se encuentra en el rango comprendido entre los 15 y 34 años (152.663 personas), representando el 34,7 por ciento.

Ahora bien, la mayor concentración de mujeres se encuentra en las edades comprendidas entre los 30 y 34 años, participando con el 8,6 por ciento, respecto al total de la población femenina; en tanto que, la mayor concentración de hombres se encuentra entre los 20 y los 24 años, participando con el 9,2 por ciento, respecto al total de hombres del municipio.

Es importante resaltar, que la población del municipio de Pasto es mayoritariamente joven; en efecto, la pirámide muestra que la población ubicada en el rango entre los 0 y 29 años, para el año 2015 representó el 48,7 por ciento del total de la población municipal (214.098

personas). La población potencialmente activa del municipio (población entre 15 y 59 años), para el año 2015, representó el 66,1 por ciento, del total de la población, evidenciando la fortaleza que tiene el municipio, en relación con su talento humano.

Según estimaciones del DANE, la población afrocolombiana, radicada en el municipio de Pasto, representa el 1,4 por ciento (6.131) habitantes (40).

Figura 6. Localización de las víctimas en el municipio de Pasto



4.3 MARCO LEGAL

Se fundamenta en los siguientes artículos y leyes:

Constitución Política de Colombia. Art. 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria”.

Ley 1751 de 2015. Art. 1º.- Objeto: La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Art. 2.- Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud: El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Art. 6.- Elementos y principios del derecho fundamental a la salud: El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

Disponibilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional, universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, libre elección, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas, protección a pueblos y comunidades indígenas, RON y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueros.

Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el

acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

Parágrafo 1º: "Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran".

Parágrafo 2º. "En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011".

Ley 1438 de 2011. Decreto Nacional 971 de 2011.

Art 1.- Objeto de la ley: Fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Ley 387 de 1997 reglamentada parcialmente por los Decretos Nacionales 951, 2562, 2569 de 2002. Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado, la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia.

Art. 2.- Del Desplazado: El desplazado es toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, seguridad o libertad personal han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas en ocasión de cualquiera de

las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios, tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de situaciones anteriores que puedan alterar drásticamente el orden público.

Art. 9.- De la creación: El Sistema Nacional de Atención Integral a la población desplazada por la violencia para alcanzar los siguientes objetivos:

Atender de manera integral a la población desplazada por la violencia porque es el marco del retorno voluntario o reasentamiento logre su reincorporación a la sociedad colombiana.

Neutralizar y mitigar los efectos de los procesos y dinámicas de violencia que provocan el desplazamiento, mediante el fortalecimiento del desarrollo integral y sostenible de las zonas expulsoras y receptoras y la promoción y protección de los derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario.

Ley 1448 de 2011.- (junio 10) “Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones Contempla una serie de medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno. Esta ley tiene por objeto establecer un conjunto de medidas judiciales, administrativas, sociales y económicas, individuales y colectivas, en beneficio de las víctimas de las violaciones contempladas en el Art. 3o de la presente ley, dentro de un marco de justicia transicional, que posibiliten hacer efectivo el goce de sus derechos a la verdad, la justicia y la reparación con garantía de no repetición, de modo que se reconozca su condición de víctimas y se dignifique a través de la materialización de sus derechos constitucionales.

Artículo 3º. Víctimas. Se consideran víctimas, para los efectos de esta ley, aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del con armado interno.

Art. 52.- Medidas en materia de salud: El SGSSS garantizará la cobertura de la asistencia en salud a las víctimas de la presente ley de acuerdo con las competencias y responsables de los actores del SGSSS.

Decreto 4877 de 2007. Las víctimas que se encuentren registradas en el SISBÉN 1 y 2 quedarán exentas de cualquier cobro de copago o cuota moderadora, en todo tipo de atención en salud que requieran. En caso de no hallarse afiliadas a ningún régimen, tendrán que ser afiliadas en forma inmediata al régimen subsidiado.

Se exonera de *cuotas de recuperación* a población en situación de desplazamiento no asegurada en salud.

Acuerdo 365 de 2007 del CNSSS. Se exonera de *copagos* a la población en situación de desplazamiento afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 4747 de 2007. Los usuarios no deben asumir responsabilidades administrativas, fotocopias, etc., para la atención en salud.

Art. 53.- Atención de emergencia en salud: las instituciones hospitalarias públicas o privadas del territorio nacional que prestan servicios de salud, tienen la obligación de prestar atención de emergencia de manera inmediata a las víctimas que la requieran con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios y sin exigir condición.

Art 54.- Servicios de asistencia en salud: Servicios de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, consistirán en: hospitalización, material médico quirúrgico, médico, servicios como bancos de sangre, laboratorios, rayos X, transporte, examen de VIH/SIDA, servicios de interrupción voluntaria de embarazo en los casos permitidos por la jurisprudencia de la Corte Constitucional y/o la ley, con absoluto respeto de la voluntad de la víctima. 9. La atención para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas. Parágrafo. El reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria a que se refiere este capítulo, se hará por conducto del Ministerio de la Protección Social con cargo a los recursos del Fosyga, subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de

Tránsito, únicamente en los casos en que se deban prestar los servicios de asistencia para atender lesiones transitorias permanentes y las demás afectaciones de la salud que tengan relación causal directa con acciones violentas que produzcan un daño en los términos del artículo 3° de la presente Ley, salvo que estén cubiertos por planes voluntarios de salud.

Artículo 55. Remisiones. Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que resultaren víctimas de acuerdo a la presente Ley, serán atendidos por las instituciones prestadoras de salud y una vez se les preste la atención de urgencias y se logre su estabilización, si estas instituciones no contaren con disponibilidad o capacidad para continuar prestando el servicio, serán remitidos a las instituciones hospitalarias que definan las entidades de aseguramiento para que allí se continúe el tratamiento requerido. La admisión y atención de las víctimas en tales instituciones hospitalarias es de aceptación inmediata y obligatoria por parte de estas, en cualquier parte del territorio nacional, y estas instituciones deberán notificar inmediatamente al Fosyga sobre la admisión y atención.

Art. 13.- Enfoque diferencial: Este principio reconoce que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, género, orientación sexual y situación de discapacidad, por tal razón, las medidas de ayuda humanitaria, atención asistencia y reparación integral que se establecen en la presente ley contarán con dicho enfoque.

Decreto 4633 de 2011.- Establece medidas específicas de asistencia, atención, reparación integral y restitución de derechos territoriales para las comunidades y grupos indígenas.

Decreto 4634 de 2011.- Dicta medidas de asistencia, atención integral y restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a pueblos ROM o gitanos.

Decreto 4635 de 2011.- Establece medidas especiales de asistencia, atención, reparación integral y restitución de derechos territoriales para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueros.

Decreto 4800 de 2011.- Asistencia en salud:

Art. 87 a 90: Las víctimas que se identifiquen como afiliados al Sistema General de

Seguridad Social en Salud, serán afiliadas a este por la entidad territorial correspondiente a través de la EPS del régimen subsidiado, el pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, que no estén cubiertos con la anterior afiliación correrán por cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social (Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA). El mismo Ministerio diseñará un protocolo de atención integral con enfoque psicosocial y diferencial, que será aplicable para las víctimas, las cuales serán identificadas dentro del sistema de salud por un código especial que facilite su atención rápida y diferencial.

Artículo 137. Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección social creará el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, el cual se implementará a través del Plan Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, comenzando en las zonas con mayor presencia de víctimas.

El Programa deberá incluir lo siguiente:

Proactividad. Los servicios de atención deben propender por la detección y acercamiento a las víctimas.

Atención individual, familiar y comunitaria. Se deberá garantizar una atención de calidad por parte de profesionales con formación técnica específica y experiencia relacionada, especialmente cuando se trate de víctimas de violencia sexual, para lo cual deberá contar con un componente de atención psicosocial para atención de mujeres víctimas. Se deberá incluir entre sus prestaciones la terapia individual, familiar y acciones comunitarias según protocolos de atención que deberán diseñarse e implementarse localmente en función del tipo de violencia y del marco cultural de las víctimas.

Gratuidad. Se garantizará a las víctimas el acceso gratuito a los servicios del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, incluyendo el acceso a medicamentos en los casos en que esto fuera requerido y la financiación de los gastos de desplazamiento cuando sea necesario.

Atención preferencial. Se otorgará prioridad en aquellos servicios que no estén contemplados en el programa.

Duración. La atención estará sujeta a las necesidades particulares de las víctimas y afectados, y al concepto emitido por el equipo de profesionales.

Ingreso. Se diseñará un mecanismo de ingreso e identificación que defina la condición de beneficiario del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas y permita el acceso a los servicios de atención.

Interdiscipliniedad. Se crearán mecanismos de prestación de servicios constituidos por profesionales en psicología y psiquiatría, con el apoyo de trabajadores sociales, médicos, enfermeras, promotores comunitarios entre otros profesionales, en función de las necesidades locales, garantizando la integralidad de acción para el adecuado cumplimiento de sus fines. Parágrafo. Los gastos derivados de la atención brindada por el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas serán reconocidos y pagados por conducto del Ministerio de la Protección Social con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Fosyga), Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, salvo que estén cubiertos por otro ente asegurador en salud.

Decreto 1480 DE 2014. Por el cual se declara el 25 mayo como el “Día Nacional por la Dignidad de las Mujeres víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado interno”.

La Constitución Política en su Art. 11, proclama que el derecho a la vida es inviolable; en su artículo 12 contempla que nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; en su artículo 13 consagra que todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, y en su artículo 28 garantiza el derecho fundamental a la libertad personal.

El Estado colombiano ha adoptado, suscrito y ratificado declaraciones, convenios y tratados internacionales que hacen parte del bloque de constitucionalidad, que reconocen los

derechos humanos y protegen los derechos de las mujeres.

Dar respuestas integrales y participativas individuales y colectivas, garantizando la equidad, igualdad y transectorialidad en las acciones e intervenciones que se adopten con un abordaje diferencial e incluyente, en términos de curso de vida, identidad de género, pertenencia étnica, condición de discapacidad y situación de víctimas del conflicto armado, orientado a afectar positivamente los determinantes de la salud, generando de manera constante una cultura saludable que permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad, en un ambiente sano y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean sus pobladores con autonomía territorial.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender el significado del proceso de atención en salud de las personas víctimas del conflicto armado en el municipio de Pasto, departamento de Nariño, período: 2010-2015.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio-demográficamente a la población víctima del conflicto armado en el municipio de Pasto, departamento de Nariño, período: 2010-2015.
- Describir la percepción de la atención en salud de las personas víctimas del conflicto armado en el municipio de Pasto, departamento de Nariño, período: 2010-2015.
- Interpretar el proceso de atención en salud de personas víctimas el conflicto armado según la normatividad vigente.

6 METODOLOGÍA

6.1 ENFOQUE

El enfoque que orientó la presente investigación fue el histórico hermenéutico. Al respecto, Aristizabal (44), señala que éste enfoque pretende interpretar y comprender los motivos internos de la acción humana, mediante procesos libres, no estructurados, sino sistematizados, que poseen su fuente en la filosofía humanista, y que han facilitado el estudio de los hechos sociales del ser humano. En este sentido, se buscó comprender el significado de la atención de servicios de salud en población víctima del conflicto armado a partir de diversas interacciones con el contexto, de representaciones y sentidos.

La presente investigación abordó el objeto de estudio a partir del paradigma cualitativo. Según Hernández (44), este buscó comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto. La metodología cualitativa tiene como propósito examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, significados, percepciones entre otros aspectos subjetivos del ser humano.

6.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Son las expresiones orales sobre los conocimientos y experiencia vivida en la atención en salud a través de las rutas integrales de atención de víctimas del conflicto armado atendidas en el Centro Hospital Civil del Municipio de Pasto.

Conformación de la unidad de trabajo

Se realizó un muestreo por conveniencia entre las personas víctimas del conflicto armado residentes en el municipio de San Juan de Pasto. Los criterios de participación de los participantes serán:

Primer criterio: Personas víctimas del conflicto armado.

Segundo criterio: Personas registradas en la base de datos de la Unidad Departamental de Víctimas.

Tercer criterio: hombres y mujeres mayores de 15 años.

Cuarto criterio: Personas quienes, por voluntad propia, decidan participar en el estudio.

Instrumento	No. Personas
Entrevista a Víctimas	30
Entrevista a personal de salud	17
Población total	48

Profesionales de la salud que atienden a víctimas del conflicto armado en el municipio de Pasto, departamento de Nariño - 2019.

6.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.3.1 Entrevista Estructurada.

De acuerdo con Kvale (45), las entrevistas facilitan la interacción entre los seres humanos y es a través de las conversaciones, que se logra conocer experiencias, sentimientos y significados de sujetos.

En relación a lo anterior, la entrevista tuvo como propósito comprender el significado de las víctimas del conflicto armado, y del personal de salud frente a la atención en salud, en la Ciudad de San Juan de Pasto.

6.3.2 Historias de Vida.

Osorio (46) Menciona que esta técnica consiste en que el objeto de análisis no son los fenómenos sociales en sí o los problemas cotidianos que se presentan entre los actores sociales, sino las expresiones verbales que estos realizan sobre su experiencia vivida, esto es, los relatos o sus historias. En otras palabras, esta técnica permite analizar la narrativa de los actores, tomando en cuenta el contexto sociohistórico en que construyen dicha narrativa, así como las relaciones, normas y procesos que estructuran y sustentan la vida social.

6.4 MATRIZ DE CATEGORÍAS

Categorías de análisis	Ítems	Instrumentos
Percepción de la atención en salud de las víctimas del conflicto armado	Atención en Salud	Entrevista estructurada
	Satisfacción con la atención en salud	
Percepción de la atención en salud de profesionales en salud que atienden a víctimas del conflicto armado	Conocimiento de las rutas de atención en salud	Historias de vida
	Consecuencias del desconocimiento de las rutas de atención en salud.	
Percepción de la atención en salud que atienden a víctimas del conflicto armado	Salud integral	Entrevista semiestructurada.
	Rutas de atención a víctimas del conflicto armado.	
	Enfoque diferencial	
	Servicios de salud	
	Atención en Salud	
	Mecanismos de información a víctimas del conflicto armado	
	Consecuencias del desconocimiento de las rutas de atención a víctimas del conflicto armado.	

6.5 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

1. Solicitud de la base de datos es la oficina de la Unidad de Víctimas del municipio de Pasto, departamento de Nariño.
2. Obtención de autorización del custodio legal de los datos contenidos en la base de datos.
3. Contactar por visita domiciliaria para llevar a cabo la investigación.
4. Se solicitud de consentimiento y/o asentimiento informado, para participar en el

estudio, tanto de las propias víctimas como también de las directivas encargadas de atender a estas personas vulnerables, se acordarán citas previas y días para realizar el desarrollo del trabajo.

5. Aplicación de las técnicas de recolección de información establecida.
6. Registro de las entrevistas en papel y grabaciones en audio.
7. Sistematización de la información.
8. Reducción de datos.
9. Construcción de proposiciones.
10. Construcción de categorías inductivas.

6.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se presenta a continuación el proceso que realizará para la recolección de la información según los objetivos propuestos.

Objetivo Específico 1. Caracterizar socio-demográficamente a la población víctima del conflicto armado en el municipio de Pasto, departamento de Nariño.

La caracterización de la población se desarrolló en dos momentos, por medio de la descripción de las variables sociodemográficas, étnicas, laboral, educativa, de la población víctima de conflicto armado reportada por el municipio de Pasto, correspondiente a la población que aceptó ser parte del estudio.

Objetivo Específico 2. Describir la percepción de la atención en salud de las personas víctimas del conflicto armado en el municipio de Pasto, departamento de Nariño.

Objetivo Específico 3. Interpretar el proceso de atención en salud de personas víctimas el conflicto armado según la normatividad vigente.

Para alcanzar los objetivos anteriormente mencionados, se aplicaron entrevistas estructurada (Anexo No. 1) y así mismo, la historia de vida con base a las preguntas

orientadoras tipo entrevista (anexo 2 del instructivo si se realizó).

6.7 INSTRUMENTOS

6.7.1 Historias de vida.

Con las Historias de vida que se aplicaron como uno de los métodos de investigación cualitativa, se propuso recabar en información de fuente primaria, en este caso de individuos que se encontraban en condición de desplazamiento forzado por diferentes hechos de violencia asociados al conflicto armado en Colombia y específicamente en el municipio de Pasto del departamento de Nariño. El tipo de historias de vida que se desarrolló son las de tipo temático, es decir, aquellas que tienen como propósito ahondar en el conocimiento de un tema específico en este caso el proceso de atención en salud para personas víctimas del conflicto armado.

Se tomó una base de preguntas orientadoras de la entrevista a fin de conocer aspectos relacionados con la percepción de los individuos entrevistados sobre cómo son atendidos en los diferentes servicios de salud, así como también conocer su nivel de conocimientos en derechos y deberes en salud y acerca de cómo opera las rutas de atención en salud y atención psicosocial para la población objetivo de víctimas; de manera que esta información obtenida sirvió de insumo para la interpretación y análisis por medio de una triangulación con la información obtenida de entrevistas con personal asistencial y administrativo de salud que permitieron establecer la discusión correspondiente del presente estudio (Anexo No. 2: Formato Historias de Vida- preguntas orientadoras).

Para complementar la información y cumplir el objetivo general se realizó un instrumento tipo entrevista estructurada para personal de salud (anexo 3- Entrevista personal de salud)

6.8 PLAN DE ANÁLISIS

La información obtenida a través de las listas de chequeo se analizó a través de distribución de frecuencias de las observaciones realizadas en campo y documentales.

La información obtenida a través de las entrevistas e historias de vida será sistematizada y analizada mediante análisis de contenido. El proceso para seguir incluye los siguientes

pasos:

1. Transcripción de la información obtenida mediante audio grabación de las sesiones en las cuales se obtuvo la información.
2. Organización de la información según las preguntas realizadas
3. Codificación de la información: mediante etiquetas según el proceso de atención en salud y el seguimiento de las rutas integrales de atención de víctimas del conflicto armado.
4. Reducción de los datos a través de:
 - a. Listado de datos que corresponde a un mismo grupo (código), señalando la fuente.
 - b. Resumen de los datos según la información obtenida sobre el proceso de la atención en salud y la implementación de las rutas integrales de atención.

6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Cumpliendo con la normatividad de investigación en salud en Colombia, Ley 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas, y administrativas para la investigación en salud. Considerándose de acuerdo con esta Resolución una Investigación de riesgo bajo, puesto que es un estudio donde no se realiza ninguna intervención de variables biológicas, fisiológicas, sociológicas de los individuos que participen en el estudio, entre los que se consideran: Entrevistas, Cuestionarios y otros en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de conducta. En esta Investigación se aplicará un proceso de consentimiento informado, donde se establece el propósito de la recolección de información y participación de individuos en la investigación, permitiendo con ello que en este caso las personas víctimas del conflicto armado elegidas para el desarrollo del estudio participen libremente y sin coacción alguna. Se les ofrece, como lo estipula el Artículo 21 de la Presente Resolución medidas prácticas de protección y aseguramiento de los resultados válidos acorde con lo establecido para el desarrollo de la Investigación.

7 RESULTADOS

Teniendo en cuenta que la población que decidió firmar su consentimiento informado para poder adelantar el presente estudio fue de: 31 personas víctimas del conflicto armado y 17 personas entre empleadas y administrativas de salud, a quienes se les aplicaron los instrumentos de recolección de información y se realiza el respectivo análisis y resultados de acuerdo a los objetivos, con el fin de darle cumplimiento:

Características sociodemográficas

De las personas entrevistadas en total 30, 26 de ellas corresponden al sexo femenino y 4 al sexo masculino. En relación a la edad; 15 de las personas entrevistadas se encuentran entre los 22 a 28 años, 10 personas entre los 32 a 35 años y entre los 40 a 52 años, 8 personas entrevistadas. La etnia a la cual pertenecen es mestiza (29) y afrodescendiente (1). En cuanto a su estado civil en mayor número 14 de ellos se encuentran casados; 8 en unión libre; 7 solteros y 1 individuo separado.

Con relación a los estudios que han adelantado la población de estudio se define que: de las 30 personas entrevistadas, 8 de ellas han realizado su primaria completa y dos (2) incompleta, igualmente los estudios de bachillerato completo 7 y 12 de ellos incompleto, se presenta un caso (1) de estudio técnico. En cuanto a la ocupación se encuentran entre amas de casa (15), vendedora (5), oficios varios (3), agricultores (2); empleadas (1); estudiante (1); mototaxismo (1); comerciante (1) y ayudante de chofer (1). Su nivel económico se encuentra entre medio (3) y bajo (27).

Percepciones sobre la atención en salud de las personas víctimas del conflicto armado en el municipio de Pasto, departamento de Nariño.

Dentro del estudio las personas con las que se realizó la investigación señalan que ser Víctima del conflicto armado en un País como Colombia, significa ser desplazado, ser despojado de sus tierras de una manera agresiva, amenazante, los despojaron de todo y los dejaron sin nada, por lo tanto les ocasiono muchos daños; percibiendo que esta situación es el resultado de una guerra fría entre el Gobierno y un grupo de personas inconformes, que

buscan vengarse de los representantes del gobierno con acciones delictivas que afectan a la población, generalmente, campesinos. Perciben que, al ser despojados violentamente de sus casas y tierras, en una guerra fría y deshumanizante, se les está vulnerando su integridad y sus derechos.

Contextualizando así la concepción que tiene Dussel, al referirse a las Víctimas como excluidos, especifica que “bajo el amparo del Estado de derecho las víctimas son resumidas en los sin derecho del sistema”, e incluso “son las mismas víctimas de dicho sistema quienes conociendo su situación incorporan nuevos derechos en un doble proceso, de deslegitimación del antiguo derecho (legal) y legalización del nuevo derecho (legítimo)” (Dussel, citado por Acevedo, 2012: 5). (47)

Dentro del estudio, las personas que participaron en el refieren sufrir daño; según Gómez et al (48) en su estudio de Enfermedades crónicas en población afectada por el conflicto armado en Colombia, 2015, refiere que los datos obtenidos en él, la proximidad de las personas que son víctimas del conflicto armado y la presencia de eventos traumáticos a lo largo de la vida puede afectar la salud física de las personas relacionándose con una mayor frecuencia de condiciones crónicas no mentales como: la hipertensión arterial, la diabetes, las enfermedades pulmonares, gastrointestinales y reumatológicas. La OMS describe dentro de la comisión de los determinantes sociales en salud la importancia de mejorar las condiciones de vida cotidiana, donde se menciona la importancia de la educación, equidad, empleo digno, atención en salud y disminución de la violencia; todas estas condiciones se afectan en las comunidades que enfrentan conflictos armados. (48)

La víctima, entonces, se constituye como sujeto a partir de lo que decide hacer con la experiencia negativa, con el sufrimiento padecido, y con la forma en que enfrenta —y por qué no— supera la situación de violencia a la que ha sido sometida: “esta constitución de las víctimas como sujetos debe partir de una noción o significado de la figura de la víctima más inclusiva en cuanto a que ésta, no es meramente una figura asociada a la decadencia, sino que por el contrario, acorde con Wieviorka, la víctima emerge como sujeto cuando la sociedad reconoce el sufrimiento que ha padecido y el impacto que éste ha generado en su

vida” (Wieviorka, 2009, citado por Delgado, 2011: 47) (47). Frases como: “fuimos desplazados por la guerra”, sufrimos un daño, cuando me despojaron del lugar, me dieron un tiro me dejaron sin nada”, son conceptos que aun sin encontrarse en el diccionario, representan para ellos ser Víctima del conflicto armado.

Atención en salud.

En este contexto la percepción que tienen las personas entrevistadas acerca de lo que es atención es salud el 100% hace referencia a “recibir una atención por parte de un médico, cuando se encuentran enfermos o mal, donde este lo revisa, ordena medicamentos, para sanarse física y mentalmente”, es tener derecho a los servicios de salud mediante la afiliación en salud, a través de una EPS ya sea subsidiado o contributivo. El 100% de los entrevistados refieren de maneras distinta la salud, conceptos que no se alejan del concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien define la salud como: “El estado completo de bienestar físico y social de una persona”, y no solo la ausencia de enfermedad. La salud para ellos es: “sentirse bien”, “sin problemas del cuerpo,” “es estar bien del cuerpo y la mente”, “es el bienestar integral de cada persona”, “es estar lleno de vida”, “bienestar es salud”, entre otros.

En respuesta a esta necesidad desde el Gobierno Central se creó el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) que focaliza su atención en el daño y las afectaciones psicosociales derivadas del mismo, y a partir de ello opera con un modelo de diagnóstico del que derivan la realización de una serie de intervenciones inscritas en el paradigma cognitivo- conductual (42). Por ello entre todas las carencias, la relacionada con la protección a la salud es motivo de intensa preocupación, y si bien existe una profusa normatividad alrededor de la atención en salud a la población desplazada, diferentes estudios afirman que tanto usuarios como prestatarios tienen desconocimiento real de las condiciones en que deben ofrecerse los servicios a este importante grupo de colombianos, señalan como obstáculos para la atención las dificultades en la identificación de los usuarios; la inexistencia de una base de datos actualizada y confiable; la movilidad de la población; el desconocimiento de sus derechos y la continuidad y/o afiliación al Sistema

General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (49).

Si bien la prestación de servicios de salud a la población desplazada, cuenta con un sustento jurídico importante y amplio, producto de la preocupación del alto gobierno por la magnitud del problema, en la práctica no se cuenta con la suficiente información para afirmar que la población es atendida conforme lo establece la Ley.

Es pertinente señalar que la OMS considera que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Un factor de riesgo que ha llamado la atención es la presencia de eventos traumáticos en la vida; principalmente aquellos relacionados con la violencia generada por conflictos armados y los efectos que estos conllevan, como es el caso de los desplazamientos, que afectan la posibilidad de continuar con la educación de los sujetos, dificultan el acceso a servicios de salud haciéndose estos más limitados y deficientes, además pueden favorecer el aumento de los trastornos mentales; estas condiciones también se asocian con la aparición temprana y/o empeoramiento de diferentes enfermedades crónicas (48).

Además, otros estudios con víctimas del conflicto armado han puesto en evidencia los impactos psicológicos: trastornos de estrés postraumático, del estado de ánimo, de ansiedad y depresión, por fobia, por consumo de alcohol con patrón no especificado, y riesgo o intento suicida. Adicionalmente, se ha identificado disminución de los niveles de calidad de vida, ruptura de las redes sociales y afectivas, modificación de los roles familiares y desarraigo cultural (50).

La asistencia en salud mental a las víctimas del conflicto armado fue pensada desde su inicio a partir de un enfoque psicosocial, como condición necesaria para mitigar el impacto en salud mental y para garantizar la dignificación de los derechos, la integridad psicológica, la capacidad de la población afectada para agenciar su vida y su reinserción a la sociedad.

No obstante, el verdadero problema del modelo psicosocial radica en no ser aceptado en contextos en los que han primado otras formas de discursos que desconocen la dimensión psicológica, social, jurídica y política en que se inscribe la vida humana. Ese es el caso de

hospitales, centros de salud y otras instituciones con la labor misional de formar parte de la red de salud pública de un municipio o nación. En dichos contextos, el modelo de comprensión que predomina es el modelo biomédico (Troncoso, & Suazo, 2007) que tiene como conceptos claves en su accionar los términos de enfermedad, paciente y curación. En este modelo clínico se adopta una perspectiva biológica tanto para lo físico como para lo psicológico en el que todo el saber científico se utiliza para promover la recuperación (curación) de aspectos físicos alterados por algún tipo de circunstancia o agente biológico externo al cuerpo (enfermedad). Inscribirse en este modelo biomédico implica que el profesional de salud ha de desarrollar unas prácticas y discursos que suponen el carácter privado del padecimiento del sujeto y la necesidad de implementar una forma de intervención igualmente individualizante cuyo fin último es procurar la cura de la enfermedad física. (51)

Contra esta perspectiva conceptual en que se inscriben las instituciones de salud, se reitera que las víctimas de un conflicto armado no pueden ser concebidas como los típicos pacientes del servicio de salud que pueden ser exitosamente intervenidos desde una lectura privada de su dolencia; ellos vivencian una circunstancia existencial constituida a partir de la alteración de un orden social y político. Sus necesidades, padecimientos y heridas quedan por tanto inscritas en ese marco y, en consecuencia, requerirán de un modelo de intervención que efectúe una lectura desprivatizadora de su dolor, que no los desligue de su devenir histórico-contextual.

En esta población, “el daño individual no puede desvincularse de una perspectiva social, por el carácter político de las violaciones, la importancia del contexto y las respuestas de las instituciones” (Beristain, 2008), puesto que “la afectación causada por el daño no sólo tiene una repercusión individual en la persona victimizada, sino que constituye una afectación clara en su capacidad de establecer relaciones satisfactorias; por tanto, las afectaciones no se restringen únicamente a la esfera individual sino que se extienden al sistema al que pertenece ese individuo”. (51)

Aunque no sean operadores exclusivos de esta población, las instituciones de salud no están

eximidas de reconocer el orden social y político del hecho victimizante en estos pacientes, abarcar las diferentes dimensiones de los daños ocurridos a causa del evento, distinguir y entender las prácticas y discursos de la comunidad alrededor de la herida y sus formas de enfrentamiento. Esto solo será aprehensible para el personal de salud si adopta el modelo de comprensión psicosocial en su labor cotidiana, modelo desde el cual las heridas de las víctimas del conflicto no son solo afectaciones de su tejido corporal sino también símbolos, mensajes y memorias de lógicas de relación socialmente reprobables, de las que resultaron damnificados, a veces por defender heroicamente los valores de la democracia y los derechos humanos en sus comunidades. A partir de esto, mínimamente se debe posibilitar en todo el ámbito de la salud pública un abordaje integral que establezca la reparación como último fin en el proceso de recuperación y no reducir la intervención a un aspecto biológico afectado. Asumir este modelo implica procurar un cambio en los modelos de intervención en salud, asumiendo uno más participativo y de reconocimiento de las necesidades de los sujetos (Jiménez, Rubro & García, 1987), solo posible de aprehender en tanto se tomen en cuenta las particularidades de la cultura, las cosmovisiones, el contexto en el que se desenvuelven, y ejecutando un trabajo interdisciplinar avalado por un enfoque de derechos y diferencial. (51)

Satisfacción en la atención en salud brindada a las víctimas del conflicto armado

Respecto a la satisfacción obtenida por la atención en salud los usuarios se encuentran insatisfechos en cuanto se refiere a la atención brindada por el personal que los atienden; refieren que son atendidos “a las carreras”, que frecuentemente formulan los mismos medicamentos, que son citados a una hora y se demoran en atender, entre otras concepciones.

La concepción de los servicios de salud, en la narrativa dada por las víctimas del conflicto armado, en las historias de vida compartida, en su mayoría refieren sentir insatisfacción, menciona que “siempre es lo mismo, mucha espera para que los atiendan y solo le dan ibuprofeno y no más, por eso mejor asisten donde un médico naturista”, mencionan que es difícil sacar citas, y lograr la atención, el tiempo de atención es limitado y existen dudas al

momento de realizarse algún tipo de exámenes. Refieren que lleva mucho tiempo sacar una cita médica al igual que obtener las autorizaciones para los exámenes, expresan “lograr una buena atención en salud es contar con suerte, es duro, es como volvernos a victimizar con esa desatención, esperar y toca realizar muchas vueltas, eso sí es malo”. Únicamente, una de las personas que participo en este estudio relata que su atención en salud fue oportuna, ya que recibió capacitaciones de psicología y en todo lo referente al cuidado de la salud, por lo cual no manifiesta quejas al sistema de salud.

Cabe aclarar, que, si bien esta percepción es frecuente no solo en ellos como víctimas del conflicto, sino en todos los usuarios del sistema de salud colombiano; pues debido a la reforma dada en el sistema de salud, en la cual, mediante la Ley 100 de 1993 permitió que se amplíen las coberturas en salud, tuvo como consecuencia deshumanizar aún más los servicios en salud. Esa deshumanización se refleja en el deterioro de las relaciones médico-paciente ya que el primero se ve sometido a la presión de atender el mayor número de usuarios al menor tiempo posible para obtener unos ingresos económicos tanto para él como para la institución prestadora del servicio que lo contrata.

Aunque el país ha avanzado en materia de políticas para propender por la calidad en la atención, aún persisten dificultades generadas por el “incumplimiento de las obligaciones por parte de las EPS, negación de servicios y exceso de trámites como barrera de acceso para exámenes y servicios médicos especializados”, destacándose las limitaciones de acceso para las poblaciones rurales, precariedad de la infraestructura de las instituciones de salud y limitaciones en la disponibilidad de los profesionales.

La dificultad para ser atendidos, puede ser un reflejo del problema que atraviesan los servicios de salud públicos en la actualidad, con un aumento de la demanda de atención y, al mismo tiempo, una disminución del presupuesto asignado. No obstante, las dificultades burocráticas referidas también pudieran ser un indicio de una pobre comunicación interinstitucional en torno a las políticas existentes para la atención a la población desplazada. Los problemas de acceso, sin embargo, también se localizan en los propios desplazados, siendo muchos los factores que inciden en ello, pero destacándose como el

más importante su precaria situación económica. En el caso de la mujer, como cabeza de hogar o como cuidadora, la decisión de asistir a los servicios de salud se torna particularmente difícil. Con frecuencia carece de medios para dejar a los menores a su cargo o debe escoger entre la realización de actividades que suponen un ingreso económico y la solución de sus propios problemas de salud. Otros de los factores que también limitan el acceso por parte de la población desplazada lo constituyen el desconocimiento de sus derechos y de los procedimientos a seguir (9).

La precariedad en sus ingresos no sólo condiciona el acceso a los servicios de salud y a los tratamientos prescritos, sino también a una vivienda adecuada y a una alimentación balanceada que cubra los requerimientos nutricionales de la familia. Esta situación, que puede llevar incluso a la mendicidad, está relacionada con la pérdida de sus bienes de subsistencia y a la dificultad para insertarse en la vida laboral. Muchos de los desplazados son de origen campesino, poseen un bajo nivel educativo y por desconocer otros oficios, identifican pocas opciones para obtener ingresos.

Rutas de atención en salud a víctimas del conflicto

Si bien, dentro de la Ley 1448 de 2011 en su Artículo No. 28 Derechos de las víctimas, numeral 10 hace referencia del Derecho a la información sobre las rutas y los medios de acceso a las medidas que se establecen en la presente Ley. El 93% de las personas refieren que desconocen las rutas de atención contempladas en el Decreto 4800 de 2011, el cual tiene como objeto "establecer los lineamientos y rutas de acceso para la atención integral en salud con enfoque psicosocial, a las personas víctimas del conflicto armado en Colombia, que deberán ser implementados por los actores del SGSSS, en cumplimiento de las directrices del programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas del conflicto armado –PAPSIVI". (8)

Solo 2 personas, refieren que son los procesos que se hacen con las víctimas del conflicto armado para que acudan a los servicios requeridos.

La Asesoría en el derecho a la reparación es un proceso de atención personalizada a las

víctimas del conflicto armado con enfoques de atención psicosocial y de acción sin daño, diferencial y de género, en el que se dignifica su condición de ser humano y sujeto de derechos informando acerca de la reparación como un derecho adquirido que comprende las cinco (5) medidas de reparación integral Indemnización, garantías de no repetición, satisfacción, restitución y rehabilitación que el Estado Colombiano busca garantizar identificando los intereses y necesidades.

Las víctimas accederán a una o varias de estas medidas dependiendo de los daños causados por el conflicto armado y el tipo de hecho victimizante, teniendo en cuenta las necesidades, intereses específicos y características especiales en razón de su edad, género, orientación sexual o condición de discapacidad que presenten, a través de atención, asesoría y acompañamiento integral, adecuado, diferencial y psicosocial orientado a la transformación del proyecto de vida y a la inversión adecuada de los recursos recibidos a título de indemnización administrativa.

En un estudio realizado en el año 2011, en la Universidad de ICESI de Cali, refiere que se encontraron dos tipos de barreras que impiden el goce efectivo de derechos de las víctimas del desplazamiento forzado a nivel individual y que devienen de factores culturales y del contexto social. La primera son barreras institucionales, clasificadas como a) barreras administrativas las cuales son descoordinación respecto a las funciones de las entidades territoriales y las del orden nacional derivadas de una asignación de responsabilidades difusas en la ley y la falta de un mecanismo de priorización de las necesidades de ciertos sectores: registro, registro de tierras, asistencia humanitaria, vivienda, entre otros. Una subcategoría es la insuficiencia en el presupuesto para la atención, la cual implica una pobre capacidad de ejecución en los entes territoriales. b) Normativas: Se refieren al desconocimiento de los funcionarios de las disposiciones legales que regulan el tema del desplazamiento y de los procedimientos que deben seguirse para la declaración y el registro. Dentro de los hallazgos en campo, se encontró que la existencia de esta barrera está ligada a la inestabilidad en los cargos. Muchos de los funcionarios que ingresan por primera vez a la Unidad no conocen de temas de víctimas y la extensa normatividad existente, esto, a pesar de que la mayoría son abogados; sin embargo, su experticia no es

precisamente la regulación del conflicto armado y los procedimientos de atención.

Adicionalmente, hay una evidente falta de capacitación. Los funcionarios prácticamente se entrenan en la marcha.

En segundo lugar, se encuentran las barreras individuales, estas afectan a las víctimas del desplazamiento al momento de acceder a la ruta de atención y reparación, son: a)

Disponibilidad de recursos: Implica la no suficiencia de recursos económicos de la víctima para costear los costos indirectos que generan los trámites de acceso a la ruta de atención.

Si bien, los beneficios a víctimas son totalmente gratuitos, la población que pretende beneficiarse debe cubrir costos de transporte hasta las entidades encargadas de orientarles, así como otros gastos de papelería e incluso alimentación. b) Culturales: Se refiere al choque producto del contacto con otras formas de ver y experimentar lo social y lo estatal.

La población desplazada, por lo general, proviene de zonas con poca o nula presencia del Estado o de dinámicas concentradas en lo local-comunitario. Al llegar a la ciudad, su relación con el estado está mediada por estructuras burocráticas consolidadas que

responden a lógicas de papeleo y registro de información que estructuran conocimiento y producen rutinas de interacción. c) Estado de vulnerabilidad: Se refiere a los daños

ocasionados por el conflicto que necesariamente, además de poner en una condición visible de necesidad material y psicosocial a las víctimas, genera una serie de interacciones que imprimen un nuevo significado a la realidad. Los daños generan también una extinción generalizada de lo vivo, poniendo en riesgo su capacidad de supervivencia y en una

situación de sensación de inferioridad. Esa sensación de inferioridad la sienten las víctimas al interactuar con los funcionarios, cuando el vigilante del edificio les impide el ingreso, cuando los funcionarios les hacen preguntas o explican algo en términos que no comprenden.

Ese sentimiento de inferioridad que pueden experimentar las víctimas es alimentado por ciertas actitudes de los funcionarios que las infantiliza, lo que limita el intercambio y establece una relación de superioridad: el funcionario protege y ordena, y la víctima es “cobijada”. También, se evidencian casos donde el funcionario ve con sospecha a la víctima y la interacción se basa en un ejercicio probatorio para establecer si el relato del

declarante es verdadero (52).

Debido al desconocimiento de las rutas de atención el 93% desconoce su finalidad, y solo el 7% hacen referencia que tienen como fin prestar de manera oportuna el servicio y así satisfacer las necesidades básicas de las víctimas. De igual manera desconocen los decretos, leyes que regulan y establecen los procesos de atención integral en salud a víctimas del conflicto armado. En algún momento les fueron socializados por personal encargado de esta función, pero no se les hizo hincapié a los Decretos, leyes, Normas y resoluciones existentes en el gobierno colombiano.

La ley de víctimas se refiere a la atención como “la acción de dar información, orientación y acompañamiento jurídico y psicosocial a la víctima, con miras a facilitar el acceso y cualificar el ejercicio de los derechos a la verdad, justicia y reparación”

Respecto a la claridad y oportunidad de información que sobre salud se brinda a las víctimas del conflicto la percepción de los entrevistados es que las personas que los atienden en la Unidad de Víctimas si les dan una información clara y oportuna, pero que en otras instituciones como los centros de salud y educativos desconocen por completo la Norma y por lo tanto la información no es concreta. Otros refieren que es “intermedia, pero poco clara y oportuna”, que “no es buena, desconocemos mucho de ayudas y demás beneficios”, “no es buena, porque no se interesan por el bienestar de uno”.

La Ley 1448 de 2011 le confiere al sector salud, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, competencias en las medidas de atención, asistencia y rehabilitación, esta última definida como el “(...) conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas...” (Cap. VIII, art. 135) (8). Dichas medidas de rehabilitación deberán garantizarse mediante el “Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas” (art. 137). El artículo 163 del Decreto Reglamentario 4800 de 2011 define el Programa como “(...) el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial. (42)

Dentro de este contexto, se sugiere que los profesionales que investigan y atienden esta problemática no sólo requieran una capacitación conceptual sino también psicológica, orientada a desarrollar competencias para hacer frente a la carga afectiva que acumulan en el ejercicio de su trabajo. En este sentido, se evidencia una necesidad para el avance en la construcción del conocimiento sobre lo psicosocial, y se empapen del proceso de atención, prestos de manera humana, efectiva y eficaz a las inquietudes que tiene la población en cuanto a sus derechos.

Es común encontrar que los procesos que se ven atropellados por la lógica de los tiempos institucionales que exigen informes con resultados o productos en tiempos que no necesariamente reconocen los tiempos que toma el construir relaciones de confianza con las poblaciones, especialmente cuando han sido víctima de la violencia y la desconfianza es una variable a considerar (25). El Factor tiempo es de vital importancia dentro atención humanizada en la salud, ya que esto permite no limitar la atención en una simple revisión física, sino permite que el usuario tenga un espacio para preguntar, informarse, no solo por su afectación psicomotriz, sino que le concede espacio para expresar sus miedos, temores, acerca de su situación y la de su familia, abriendo un espacio de confianza con el personal que le atiende, viendo en este un apoyo a su problema.

De acuerdo a la Ley 1448 del 2011 y a su Decreto Reglamentario 4800 de 2011 y a fin de dar cumplimiento al artículo 63 que indica: “Se transcribe” Artículo 63. Atención Inmediata. Es la ayuda humanitaria entregada a aquellas personas que manifiestan haber sido desplazadas y que se encuentran en situación de vulnerabilidad acentuada y requieren de albergue temporal y asistencia alimentaria. Esta ayuda será proporcionada por la entidad territorial del nivel municipal receptora de la población en situación de desplazamiento. Se atenderá de manera inmediata desde el momento en que se presenta la declaración hasta el momento en el cual se realiza la inscripción en el Registro Único de Víctimas.

El estudio nos permite identificar que la Ruta de atención no es muy clara para ellos, ya que definen que la atención para las víctimas del conflicto armado es deficiente, que consta de un citarlos, recibir atención médica calificada como deficiente y discriminatoria, al referirse

que “con el contributivo es excelente lo tengo por el trabajo, pero cuando tenía subsidiado es pésimo, mucha gente”. Que inicialmente los atienden “bien”, pero posteriormente, se olvidan de ellos. Frente al desconocimiento que expresan sobre las rutas revelan interés en conocer el proceso de atención en salud a través de las rutas integrales; se sienten motivados por el deseo de conocer la Ley para poder exigir que se dé cumplimiento a sus derechos, conocerla para identificar oportuna en que momento acudir, dónde y cómo hacerlo; gestionando de manera oportuna sus necesidades y las de su familia. Además, porque el desconocimiento de la norma los desorienta, perdiendo así los derechos y beneficios que tienen como víctimas del conflicto armado como es el Acceso a Salud, los tramites que tendrían que hacer para poder reestablecer su vida y su dignidad.

El derecho a la información para la real inclusión de las víctimas, va mucho más allá de contar con una información completa y veraz de las rutas de reparación o la recuperación de memoria histórica, este derecho abarca la inclusión en la era digital que les permita a las víctimas crear nuevas capacidades para manejo de herramientas tecnológicas que les permita estar informados, comunicar libremente sus opiniones, educarse, realizar transacciones, presentar proyectos, peticiones y ejercicios de participación ciudadana. Este derecho a la información está directamente relacionado con el denominado derecho a la inclusión digital, dado que es más la información, que se puede acceder por internet y redes sociales, que la que se emite por los canales tradicionales como televisión y radio, que es la que escasamente tienen acceso las poblaciones vulnerables, por eso este derecho cobra especial importancia para la inclusión social de las víctimas.

7.1 PERSONAL DE SALUD

En el presente estudio participaron 17 profesionales de la salud, quienes se desempeñan en los centros de salud pertenecientes a la Red de atención de víctimas del conflicto armado (Centro de salud San Vicente y Hospital Civil). Con ellos se trabajó un cuestionario de 11 preguntas relacionadas con la atención integral de las víctimas en salud.

7.1.1 Salud Integral.

Para el personal de salud entrevistado la salud integral abarca lo físico, emocional y

espiritual, “que es la ausencia de enfermedad mental, fisiológica, problemas socioeconómicos y espirituales”. Para un grupo de las personas entrevistadas, la referencia a Salud Integral como la “prevención de la enfermedad y su atención cuando la salud está afectada”, “por lo cual es un derecho que tienen todos”, “brindando atención por las diferentes especialidades (enfermería, trabajo social, medicina, psicología, etc.)”. Este conceptos se relacionan con lo planteado en la Resolución 429 del 17 febrero de 2016 en la que el Ministerio de Salud resuelve en su Artículo 1 La Política de atención Integral en Salud, cuyo objetivo principal es generar las mejores condiciones de la salud en la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

La reforma del sistema de salud en Colombia presenta grandes retos. El aumento progresivo de los costos en salud es un problema mundial debido al aumento de la expectativa de vida y las enfermedades crónicas, y al avance de la tecnología. Los modelos de aseguramiento en salud han presentado grandes aciertos y fracasos en diferentes regiones del mundo, lo que evidencia la imposibilidad del desarrollo de un sistema ideal. La definición de la salud como un derecho fundamental que el Estado tiene por obligación proveer, proteger y regular es un avance social de una nación. Sin embargo, se requieren grandes esfuerzos institucionales, con elementos internos que pueden generar riesgos para su cumplimiento (53).

No sólo el recurso financiero es limitado, también el talento humano, la infraestructura y el equipamiento, especialmente en las zonas rurales de Colombia. La cobertura universal, con un plan de beneficios que incluye casi todo lo contemplado en el “No POS”, choca con la restricción de la sostenibilidad (artículo 6). Esto podría afectar la cobertura y el acceso a los servicios por parte de las poblaciones menos favorecidas o la inversión de recursos en otros sectores por el pago de servicios en salud. La justicia distributiva (principio de bioética) debe propender por limitar la sobredemanda de servicios en salud en ciertos sectores para favorecer el acceso a los sectores menos favorecidos, al enfocar la utilización de los

recursos a la promoción y prevención de salud de “bajo costo” como una política central antes que la prestación de servicios especializados en salud.

La universalidad sin acceso real no se puede considerar universalidad; además, ésta debe cumplir con los principios de progresividad, solidaridad, pro homine, oportunidad, equidad y sostenibilidad. A su vez, deben desarrollarse mecanismos de solución de conflictos dentro del sistema, en el cual la comunicación y negociación con un arbitraje técnico científico contribuyan a subsanar las problemáticas previas al ejercicio del derecho a la tutela.

7.1.2 Rutas de Atención y Capacitación.

“Como un derecho de la población vulnerable” uno de los profesionales entrevistados define la ruta de atención, otros conceptos que se asemejan definen las rutas de atención como: “un proceso para una buena atención, son la guía por la cual las víctimas pueden acceder a la atención en salud integral, son guías para el seguimiento del paciente víctima del conflicto armado”, “esa atención se puede brindar en los hospitales, defensoría del pueblo y otras entidades”.

El personal entrevistado refiere que las capacitaciones acerca de las rutas de atención no se han dado; lo que se ha hecho refiere al trato digno y oportuno a todos los pacientes en general, y con respecto a los códigos de atención de víctimas del conflicto armado. Un estudio realizado en el año 2016 hace referencia al desconocimiento de las Rutas de atención y la falta de capacitación al personal de salud y víctimas del conflicto armado se da debido a varias barreras presentadas a nivel institucional e individual. Para este estudio se ha retomado las barreras institucionales, ya que estas son más relevantes en cuanto se refiere al desconocimiento y aplicación de las rutas en los diferentes sectores de atención de víctimas del conflicto armado.

Para Recalde (52), entre las barreras institucionales hay barreras administrativas y barreras normativas. Barreras administrativas: Referidas a la descoordinación respecto a las funciones de las entidades territoriales y las del orden nacional derivadas de una asignación de responsabilidades difusas en la ley y la falta de un mecanismo de priorización de las necesidades de ciertos sectores: registro, registro de tierras, asistencia humanitaria,

vivienda, entre otros. Una subcategoría es la insuficiencia en el presupuesto para la atención, la cual implica una pobre capacidad de ejecución en los entes territoriales.

Indica que las barreras administrativas más frecuentes son: la Insuficiencia de personal operativo, insuficiencia del presupuesto asignado para la operación, la inestabilidad de los funcionarios vinculados al proceso de declaración y el diseño basado en el asistencialismo.

Para efectos de estudio hacemos relevancia en cuanto a la Inestabilidad de los funcionarios vinculados al proceso de declaración, pero de igual manera de todos aquellos funcionarios que trabajan en las entidades públicas, en las cuales el desgaste de capacitaciones y orientaciones dadas es frecuente, ya que como lo menciona Recalde (52) muchos de los funcionarios están vinculados al proceso a través de un contrato de prestación de servicio. Por lo cual se encontró que la existencia de esta barrera está ligada a la inestabilidad de los cargos, quienes ingresan por primera a la Unidad o Centros de atención, no conocen de temas de víctimas y la extensa normatividad existente; adicionalmente, hay una evidente falta de capacitación, los funcionarios prácticamente se entrenan en la marcha, pero ello es insuficiente, cuando los profesionales se enfrentan a formatos complejos como el Formulario Único de Declaración, el cual presenta preguntas múltiples para la caracterización de las víctimas: “ahora con la nueva Ley de Víctimas (...) se ha dificultado mucho más el acceso a las personas porque una declaración puede demorar entre hora, hora y media, entonces no suplimos las necesidades”. Adicionalmente, muchas de las preguntas que contiene el formulario no son claras para el funcionario. Por ejemplo, en el caso de las guías para indagar sobre alguna condición de discapacidad mental o física, las preguntas son del tipo “dificultad para relacionarse con otros”, “dificultad para percibir olores”, “se cansa con facilidad”, entre otras.

Componente importante que puede estar a la base de las barreras administrativas tiene relación con la disponibilidad de los recursos para la atención a las víctimas. En el presupuesto dispuesto por el CONPES 3712 se puede evidenciar que el menor porcentaje de los presupuestos para la vigencia de los 10 años de la ley 1448 de 2011 se encuentra la atención humanitaria y los Centros Regionales de Reparación. La atención humanitaria con

un 1% compuesta por la atención humanitaria de emergencia, atención Humanitaria de Transición dividido en dos componentes alimentación y alojamiento, y los retornos y reubicaciones, los cuales no prevén de manera expresa los presupuestos para transporte o movilidad (54).

Los centros regionales de reparación tienen el 0,4% los cuales se constituyeron para unificar y reunir toda la oferta institucional para la atención a las víctimas (54), sin embargo, esta ha sido insuficiente, dado el desconocimiento de rutas y procesos por parte de las víctimas.

En cuanto a la capacidad institucional se observa un presupuesto de 3% durante la vigencia de la ley en la cual se contempla nuevos cargos a la Fiscalía General de la Nación, Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo, la Unidad de Restitución de Tierras, el nuevo Sector Administrativo de Inclusión Social y Reconciliación, que se compone del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (DPS), Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UAEARV), el Centro de Memoria Histórica y la Unidad Administrativa Especial para la Consolidación Territorial (54). Este porcentaje refleja la insuficiente capacidad institucional para atender una real inclusión social y reparación integral del universo de víctimas del conflicto armado (55).

7.1.3 Enfoque Diferencial.

La Ley 1448 de 2011 dispone el enfoque diferencial como uno de sus principios generales, a partir del reconocimiento de grupos expuestos a mayor riesgo de las violaciones en razón a su pertenencia étnica, edad, género, orientación sexual e identidad de género y discapacidad. De esta manera, se establece que el diseño e implementación de criterios diferenciales deberá responder a las particularidades y grado de vulnerabilidad de las víctimas, y contribuir a la “eliminación de esquemas de discriminación y marginación que pudieron ser la causa de los hechos victimizantes”.

Igualmente, la Ley 1448 en su artículo 205 facultó al Presidente de la República para expedir decretos con fuerza de ley que regulen los derechos y garantías de las víctimas

pertenecientes a los pueblos indígenas, comunidades negras, afro descendientes, raizales, palenqueras y pueblo Rrom. Como resultado, fueron expedidos los Decretos Ley:

- 4633 “Por medio de la cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas”;
- 4635 “Por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras”;
- 4634 “Por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y restitución de tierras a las víctimas pertenecientes al pueblo Rrom o gitano”.

Esta normatividad en conjunto reconoce la diversidad étnica y cultural, y sus manifestaciones en las identidades que caracterizan los grupos y sociedades existentes en el territorio colombiano, así como su condición de sujetos de especial protección constitucional, en razón de la discriminación histórica que han sufrido y por los impactos desproporcionados del conflicto sobre estas poblaciones que las ha puesto en riesgo de exterminio físico y cultural

El enfoque diferencial para el personal entrevistado es “prestar una atención a víctimas del conflicto segura, humana y oportuna”, “es una atención sin discriminar, no mirar al paciente desde un solo enfoque o punto de vista, debe ser integral”, es una atención dirigida a cada persona de acuerdo a su condición, implica una visión universal de la comunicada que considera todas las posibles variables, opciones características, posiciones, ideologías, etc., que presenta un grupo poblacional, “es la prevención, atención, asistencia y reparación integral a las víctimas de poblaciones con características particulares en razón de edad, genero, orientación sexual y discapacidad”, “es un reconocimiento a víctimas de conflicto armado (violaciones, abusos, etc.) a quienes se les ha violado sus derechos humanitarios, que busca igualar condiciones”.

La falta de conocimiento y capacitación a los profesionales de la salud, quienes no son

ajenos a la situación, sino que por su profesión y desempeño, son un componente esencial en la atención de las víctimas del conflicto armado; es por el momento deficiente como ellos en algún momento del estudio lo manifiestan, debido a que las definiciones dadas por ellos en algunos casos son acordes, pero carecen de amplitud o de coherencia en cuanto a que se hace muy similar cuando se refieren a las rutas de atención.

El enfoque diferencial de los programas de salud pública está contemplado como una estrategia que permite la inclusión de la población vulnerable (Afrocolombiana e indígena, entre otros) como beneficiaria de los programas, planes y proyectos de salud; éste se encuentra definido, tanto en el Decreto 3039 de 2007 como en la ley 1438 de 2011.

Contra esta perspectiva conceptual en que se inscriben las instituciones de salud, se reitera que las víctimas de un conflicto armado no pueden ser concebidas como los típicos pacientes del servicio de salud que pueden ser exitosamente intervenidos desde una lectura privada de su dolencia; ellos vivencian una circunstancia existencial constituida a partir de la alteración de un orden social y político. Sus necesidades, padecimientos y heridas quedan por tanto inscritas en ese marco y, en consecuencia, requerirán de un modelo de intervención que efectúe una lectura desprivatizadora de su dolor, que no los desligue de su devenir histórico-contextual. En esta población, “el daño individual no puede desvincularse de una perspectiva social, por el carácter político de las violaciones, la importancia del contexto y las respuestas de las instituciones” (Beristain, 2008), puesto que “la afectación causada por el daño no sólo tiene una repercusión individual en la persona victimizada, sino que constituye una afectación clara en su capacidad de establecer relaciones satisfactorias; por tanto, las afectaciones no se restringen únicamente a la esfera individual sino que se extienden al sistema al que pertenece ese individuo” (Rebolledo y Rondón, 2010, p. 43). (51)

Aunque no sean operadores exclusivos de esta población, las instituciones de salud no están eximidas de reconocer el orden social y político del hecho victimizante en estos pacientes, abarcar las diferentes dimensiones de los daños ocurridos a causa del evento, distinguir y entender las prácticas y discursos de la comunidad alrededor de la herida y

sus formas de enfrentamiento. Esto solo será aprehensible para el personal de salud si adopta el modelo de comprensión psicosocial en su labor cotidiana, modelo desde el cual las heridas de las víctimas del conflicto no son solo afectaciones de su tejido corporal sino también símbolos, mensajes y memorias de lógicas de relación socialmente reprobables, de las que resultaron damnificados, a veces por defender heroicamente los valores de la democracia y los derechos humanos en sus comunidades. A partir de esto, mínimamente se debe posibilitar en todo el ámbito de la salud pública un abordaje integral que establezca la reparación como último fin en el proceso de recuperación y no reducir la intervención a un aspecto biológico afectado. Asumir este modelo implica procurar un cambio en los modelos de intervención en salud, asumiendo uno más participativo y de reconocimiento de las necesidades de los sujetos (Jiménez, Rubro & García, 1987), solo posible de aprehender en tanto se tomen en cuenta las particularidades de la cultura, las cosmovisiones, el contexto en el que se desenvuelven, y ejecutando un trabajo interdisciplinar avalado por un enfoque de derechos y diferencial. (51)

7.1.4 Servicios Brindados a las Víctimas del Conflicto Armado.

La oferta institucional de los programas de salud pública debe ser respetuosa con la cosmovisión, usos y costumbres de esta población, debe de ser adecuada sociocultural y técnicamente, y debe ser ajustada a la legislación que cubre a la población víctima del conflicto armado aplicable en salud; estos temas son importantes y de tratamiento particular.

El personal médico entrevistado opina que se brinda protección, tratamiento, atención segura y oportuna, todos los servicios: vacunación, medicina, odontología, entre otros. Además, agregan otros que se debe brindar atención no solo medica sino también asesoría jurídica, psicológica, con trabajo social, refieren que la atención integral en salud mental para las víctimas del conflicto se convierte en una urgencia.

Se añade a lo anterior que la ley 448 de 2011 en Artículo 47. AYUDA HUMANITARIA. Menciona que Las víctimas, recibirán ayuda humanitaria de acuerdo a las necesidades

inmediatas que guarden relación directa con el hecho victimizante, con el objetivo de socorrer, asistir, proteger y atender sus necesidades de alimentación, aseo personal, manejo de abastecimientos, utensilios de cocina, atención médica y psicológica de emergencia, transporte de emergencia y alojamiento transitorio en condiciones dignas, y con enfoque diferencial, en el momento de la violación de los derechos o en el momento en el que las autoridades tengan conocimiento de la misma. Por lo tanto, es deber de los prestadores de salud capacitar al personal que atenderá a esta población y así cumplir de manera oportuna con lo establecido en el Parágrafo No. 2 del presente artículo donde menciona. Por desconocimiento de la ley o normas que la protegen refieren que es difícil aplicarla en los procesos de atención integral de las víctimas de conflicto armado, aunque refieren que no fueron capacitados en la ley 10 profesionales entrevistados refieren que la aplican, uno de ellos menciona que la Resolución 4800 de 2011 explica sobre las pautas a seguir para atención de víctimas.

Se concluye que, pese a que refieren que las capacitaciones en sus sitios de trabajo no es la adecuada, se observa que el interés es particular al informarse por otros medios de la existencia del Decreto 4800 del 2011, en el que se menciona en el título VI Medidas de Asistencia y Atención. Capítulo I: Asistencia en salud.

En cuanto el conocimiento del manejo de la atención integral para víctimas de conflicto armado, refieren los profesionales de la salud entrevistados que se conocen que “ la atención integral para víctimas del conflicto armado debe ser oportuna”, “que desde el momento que llegan, se informa, se activa una ruta, se notifica quien pertenezca, se debe realizar una atención en conjunto con el sector de protección, justicia y salud mental”, además agregan la demanda del servicio acerca de este tema es baja. 6 de los profesionales refieren no conocer con precisión el manejo de la atención integral para víctimas de conflicto armado.

7.1.5 Atención Adecuada a las Víctimas del Conflicto Armado.

El trato y atención hacia la víctima debe ser siempre respetuoso de su dignidad, solidario,

comprensivo y tolerante, teniendo en cuenta el enfoque diferencial y las razones por las cuales la persona se ha acercado a los puntos de atención a solicitar ayuda en la orientación frente a la reparación integral.

La atención debe en todo momento promover la toma de conciencia sobre los derechos de las víctimas, esto implica verles como sujetos activos en los procesos de Reparación Integral y no como sujetos pasivos de la asistencia del Estado. Las acciones que emprendan los Enlaces de Reparación, buscarán asegurar que en todo momento la víctima pueda tener claridad sobre los tiempos, las condiciones, los procesos y las acciones a seguir para la implementación de las medidas de reparación que más se acomoden a las condiciones de su caso, dado que ese conocimiento es lo que asegura que ellas puedan empoderarse en los procesos de Reparación Integral.

Se requiere ver a las víctimas como un todo, identificando las condiciones de afectación por la violencia que han sufrido, pero también las capacidades y recursos de afrontamiento con que cuentan. Es necesario reconocer al ser humano como sujeto de derechos, agente de cambio y transformación sobre su proyecto individual, familiar y social. (56)

Los profesionales de la salud que participaron de esta entrevista dividen sus respuestas en cuanto a que algunos mencionan que no se da una atención adecuada a las víctimas del conflicto armado porque desconocen la ley. En cambio, hay otros profesionales que refieren que sí, porque en todos los casos se brinda atención oportuna cuando se presentan esas situaciones y que la frecuencia es muy baja.

7.1.6 Mecanismos de Información y Comunicación en el Manejo de Rutas de Atención en Salud a Víctimas.

“Deficientes, malos, porque no se conocen”; son afirmaciones similares dadas por los profesionales al contestar acerca de ¿Cómo considera que son los mecanismos de información y comunicación en el manejo de rutas de atención en salud a víctimas?, ya que sugieren que en su lugar de trabajo nunca se habla del tema, no se capacitan, por lo cual sugieren que se debería ampliar más la información al personal que los atiende y a los pacientes para que ellos exijan sus derechos.

Mediante esta pregunta se puede evidenciar que la Ley 448 de 2011 tiene algunas limitaciones y barreras, es de consideración que el personal de salud que también hace parte de este proceso conozca las rutas de atención. En estos términos la atención terapéutica a víctimas de la violencia implica ante todo un proceso de empoderamiento y recuperación o creación de relaciones interpersonales, con el fin de apoyar el restablecimiento de sus recursos y capacidades básicas de unidad, autonomía, competencia, identidad, intimidad y ciudadanía.

7.1.7 Necesidades del Personal de Salud para Conocer el Manejo de las Rutas de Atención Integral de Víctimas.

En las respuestas dadas por los profesionales de la salud creen que es necesario e importante ya que de esta manera se las puede conocer para darles un manejo adecuado y oportuno, así mismo refieren que al conocer la norma, “se puede interpretar adecuadamente con el fin de buscar la integralidad en la atención en este enfoque”.

Lo único que se requiere para desarrollar intervenciones psicosociales en contextos hospitalarios es la simple aplicación de rutas ya definidas para operadores gubernamentales, cuya población a atender es constituida por las víctimas del conflicto armado. Sin embargo, los contextos hospitalarios tienen especificidades imposibles de desconocer, por lo que no se requieren múltiples reflexiones y discusiones que permitan dotar de herramientas metodológicas y conceptuales al personal especializado de las instituciones de salud de Colombia para la atención de las víctimas del conflicto interno. Para dichos contextos, se necesitan rutas claras de intervención, dado el impacto y daño a la integridad física, psicológica y moral, que causan los hechos de violencia a un gran número de víctimas colombianas. Para que se puedan crear modelos de intervención en la salud pública más eficientes y acordes a los requerimientos de las personas, es imprescindible evaluar la pertinencia del modelo tradicional de salud, de enfoque netamente biológico. (51)

La atención que se debe brindar a víctimas del conflicto armado, los cambios no solo deben darse en las instituciones de salud. Cualquier profesional que trabaja con esta población encuentra evidente el clamor de justicia de ellos. Infortunadamente, la visión común que

hay sobre la justicia es que esta solo involucra a quienes trabajan en tribunales, estamentos jurídicos, policiales y gubernamentales (alcaldías, gobernaciones, ministerios, etc.). La visión psicosocial permite, en cambio, comprender que la justicia no es un mero asunto de tribunales: es un objetivo asociado a cualquier acción profesional con sentido, pertinencia social y sensibilidad social por quien ha sido excluido por el sistema, y ello incluye, por ejemplo, al ingeniero civil, que ayuda a construir una carretera para una comunidad aislada en el territorio nacional; el economista, que contribuye con su labor a la reducción de las tasas de desempleo, y, por supuesto, a los profesionales de la salud (psicólogos, médicos, terapeutas físicos, etc.), que con su intervención brindan a la víctima del conflicto armado la energía y el convencimiento necesarios para resistir la actuación que otros realizaron en su contra. (51)

7.1.8 Consecuencias de no Tener Claro el Manejo y Seguimiento de una Adecuada Atención Integral.

Los profesionales de la salud entrevistados creen que el desconocimiento de la norma trae como consecuencia no dar un manejo adecuado a las personas que requieren la atención, puede haber desinformación dada a las víctimas. Un profesional opina que las consecuencias serían: personas inadaptadas para vivir en sociedad y en familia, dado al inconformismo del gobierno por no hacer cumplir la norma como tal.

Además de las consecuencias expuestas por el personal de salud se agregan otras como la dificultad para ser atendidos, la cual puede ser un reflejo del problema que atraviesan los servicios de salud públicos en la actualidad, con un aumento de la demanda de atención y, al mismo tiempo, una disminución del presupuesto asignado. No obstante, las dificultades burocráticas referidas también pudieran ser un indicio de una pobre comunicación interinstitucional en torno a las políticas existentes para la atención a la población desplazada. Los problemas de acceso, sin embargo, también se localizan en los propios desplazados, siendo muchos los factores que inciden en ello, pero destacándose como el más importante su precaria situación económica.

La precariedad en sus ingresos no sólo condiciona el acceso a los servicios de salud y a los

tratamientos prescritos, sino también a una vivienda adecuada y a una alimentación balanceada que cubra los requerimientos nutricionales de la familia. Esta situación, que puede llevar incluso a la mendicidad, está relacionada con la pérdida de sus bienes de subsistencia y a la dificultad para insertarse en la vida laboral. Muchos de los desplazados son de origen campesino, poseen un bajo nivel educativo y, por desconocer otros oficios, identifican pocas opciones para obtener ingresos. En este aspecto, existen diferencias entre hombres y mujeres. La mujer tiende a vincularse a trabajos domésticos y al sector informal, mientras que los hombres tienden a quedar desempleados, aunque algunos, principalmente jóvenes, se vinculan a labores de construcción, seguridad y a la economía informal. Como consecuencia, la mujer se convierte en muchos casos en la proveedora económica del hogar. Esta difícil situación económica es el elemento de mayor preocupación de hombres y mujeres y permea todo el discurso relacionado con la salud, tanto sobre los problemas percibidos, como sobre las estrategias de solución (9).

En conclusión, ser profesionales de la salud lleva consigo un sin número de responsabilidades debido a que sus acciones siempre son dirigidas a los seres humanos. Por lo tanto, el ejercicio de estas profesiones debe ir un poco más allá de la asistencia directa de los pacientes, incluyendo el área de las ciencias sociales y humanas, para que al abordar al individuo se tenga en cuenta su contexto social, historia y demás factores que lógicamente influyen en su bienestar y por lo tanto en su salud. Estos son aspectos relevantes en cualquier sociedad, pero más aún en Colombia, un país con una historia de violencia de más de cuatro décadas que se manifiesta tanto en la vida cotidiana como en el conflicto armado que día a día se ha intensificado y cuyas consecuencias han ido más allá de unos pocos actores hacia la población general.

8 DISCUSIÓN

Esta Investigación tuvo como objetivo comprender el significado del proceso de atención en salud de las personas víctimas del conflicto armado. Para dar inicio a este análisis se contextualizo en la definición de Víctima, cuyo concepto definido en la Ley 1448 de 2011 se profundiza aún más con los verdaderos actores del conflicto quienes mediante la narración de su historia de vida y las entrevistas realizadas dan un definición más centrada, los términos utilizados son: “Víctima es aquel que ha sido despojado de sus tierras de manera agresiva, ocasionándoles daños físicos, mentales, económicos; además se les forzó a dejar atrás sueños, cambiaron su vida en un momento menos esperado, cambios que ellos no querían pero por salvar su vida y la de su familia, dejaron su proyecto de vida atrás. En otras situaciones, no solo perdieron lo poco que tenían, sino que padecieron el dolor de perder a sus seres queridos”.

Refieren ser víctimas es vivir una guerra fría entre el Gobierno y un grupo de personas inconformes, que mediante la búsqueda de vengarse ante los representantes del gobierno dañan, lastiman a personas inocentes del este conflicto que se ha venido viviendo en más de 50 años en nuestro país. Así mismo, dentro de este estudio se tuvo en consideración el concepto manejado por el personal de salud, aunque ajenos de esta situación conciben al “desplazado” como una persona que de manera ajena estuvo involucrada en la guerra y por lo tanto han sufrido daños causados por grupos armados ilegales en su comunidad o área rural.

La Salud integral se encuentra definida para el personal de salud, como una atención que abarca lo físico, lo emocional y espiritual. Se complementa esta definición con la percepción dada por las víctimas que definen la salud como sentirse bien, buscando el bienestar integral de cada persona, es estar lleno de vida. Dentro de las concepciones analizadas en el presente estudio se percibe la salud como un derecho fundamental que tiene cada ciudadano, y la búsqueda de su bienestar no solo es responsabilidad individual, sino que es un compromiso de todos. La atención integral como tal debe ser brindada de manera preferencial, digna y humanizante; pero dadas las circunstancias del sistema en Colombia, los derechos de las víctimas del conflicto armado se ven vulnerados al

descentralizar su atención integral en el desconocimiento de sus necesidades prioritarias y generalizar su atención con el resto de la población.

Su búsqueda para tener salud, la ven obstaculizada cuando refieren que los servicios de salud que se les presta son deficientes, en su narrativa de vida, manifiestan que desde el momento de ser desplazados no recibieron atención oportuna, ni ningún tipo de asesoría por parte del sistema de salud, y al momento de recibirlo, lo califican como deficiente, pues teniendo en cuenta que la asistencia dada a las víctimas de la violencia por conflicto armado, se debe dar de una manera diferencial, tal y como se encuentra contemplado en el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011, el cual permitirá caracterizar las particularidades subjetivas en cuanto a su ciclo vital, género, pertenencia a grupos étnicos, discapacidad, hecho victimizante, procedencia geográfica, etc. Por lo tanto, García y Vélez, tienen razón al referirse que los individuos presentan diferentes circunstancias y situaciones diversas, que implican mayor riesgo de enfermarse y sufrir las consecuencias del sistema, que los mantiene victimizados ante la falta de cumplimiento de la norma para ser atendidos de manera diferencial.

En el análisis realizado, la prestación de los servicios de salud que han recibido las víctimas del conflicto armado, es calificada como deficiente, teniendo en cuenta que se los ha integrado a ella como un individuo más dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya que la falta de conocimiento por parte de las instituciones en las Rutas de atención, ha obstaculizado el proceso para cumplir con lo establecido en Ley 1448 de 2011. Refieren: “ser atendidos con afán, siempre les dan los mismos medicamentos y se les demora la atención”. La ley 100 de 1993, en su reforma del sistema de salud permitió que cada vez, la salud se convierta en un proceso deshumanizante, pues los servicios de salud se encuentran obstaculizados por la cantidad de pacientes que se debe atender, la falta de recurso financiero, talento humano y la infraestructura, entre otros, son las carencias que hacen que no se de una atención en salud con calidad y humanizada.

Otro de los obstáculos percibidos por el personal de salud y las víctimas es la falta de conocimiento en las rutas de atención, siendo este uno de los derechos contemplados en la

Ley 1448/2011 para las víctimas. El personal de salud, menciona que no han sido capacitados, y esta es una de las causas por las cuales la Atención diferenciada es percibida como deficiente, se presentan muchas barreras de carácter administrativo; como la insuficiencia de personal y presupuesto asignado para la operación, la inestabilidad de los funcionarios vinculados al proceso de declaración, entre otros. Esta deficiencia en el conocimiento de las normas, leyes y rutas de atención para las víctimas del conflicto armado, permite que ellos se conviertan en tres veces víctimas: del conflicto y la guerra cuando son despojados de sus tierras, de la sociedad cuando son estigmatizados como “guerrilleros”, y por el Estado cuando se les incumple y no se les atiende como lo tiene establecido la Ley 1448 de 2011.

Se requiere una adecuada capacitación de las normas, leyes y demás legislaciones dictadas por el Estado Colombiano para la atención de las víctimas del conflicto armado que cada sistema (educación, salud, trabajo, etc.) y otros actores involucrados, capaciten con frecuencia a su personal, para brindar a las víctimas una atención más humana y adecuada, permitiendo así aliviar una de sus tantas dolencias vividas por una situación ajena a su proyecto de vida.

9 CONCLUSIONES

La población que participo dentro del estudio en su mayoría son mujeres que han asumido el papel de cabeza de familia después de vivir el desplazamiento forzado, dentro de las características poblacionales la edad esta entre los rangos del ciclo vital individual clasificado como Joven (20 a 40 años) y adultez Media (40 a 65 años); características que se relacionan para determinar que son productivos; esto se evidencia en la clasificación del tipo de ocupación que desarrollan para obtener un salario para sus hogares; pues la mayoría se ocupa en trabajos como Mototaxismo, comerciantes, empleados en hogar, entre otros. Finalmente se identifica en los entrevistados que las condiciones de desplazamiento forzado y las condiciones socioeconómicas en las que vivían antes de ser víctimas del conflicto armado, no les ha permitido culminar sus estudios de bachiller, para tener la oportunidad de avanzar en estudios de educación superior.

Dentro del estudio realizado con la población víctima del conflicto armado, para dar cumplimiento con el primer objetivo, se percibe que la salud para ellos pese a ser un derecho fundamental como ciudadanos colombianos, se convierte en una quimera inalcanzable, debido a los diferentes obstáculos presentados, ya que lo establecido en la Normatividad donde se determina brindar la atención en salud con enfoque diferencial, a toda población víctima de conflicto armado o en situaciones especiales, no se cumple a cabalidad debido al desconocimiento del personal de salud acerca de las rutas de atención y de la normas vigentes que permiten reestablecer los derechos de las víctimas. Por lo tanto, la salud, para esta población, se califica como deficiente, inhumana, que no le resuelve a cabalidad todas sus necesidades, por lo que se sienten abandonados por el estado y la misma sociedad.

Con relación a los procesos de atención en salud se han visto afectados ya que la falta de conocimiento de la Ruta de atención por parte del personal de salud, y las personas que atienden en las instituciones involucradas en la atención del desplazado; no permite dar una atención acorde a los establecido en las Leyes 1751 de 2015, 1448 de 2011 y 1438 de 2011, donde se establecieron parámetros para que esta población pueda reestablecer sus derechos y su vida de una manera saludable, sin percances que los afecten en su bienestar general.

De igual manera el desconocimiento de las víctimas de sus derechos y de la norma que los protege, es un obstáculo que impide que ellos puedan exigir una atención adecuada por parte de las instituciones y el personal que deben velar por ellos. Desafortunadamente desde su visión, las condiciones de vida y las vivencias que han tenido que soportar, se encuentran muy lejos de lo prometido por el Estado.

10 RECOMENDACIONES

El reconocimiento por parte del Estado Colombiano, del derecho que tienen las víctimas del conflicto armado a ser reparadas, no solo debe ser de formular una política, sino, darla a conocer, implementarla, y con ello garantizar que esta se cumpla a cabalidad, para reconstruir el vínculo de confianza, no solo entre las víctimas y el Estado, sino de la sociedad, permitiendo así mejorar el proceso de paz y reconciliación.

Crear campañas de información que permitan dar a conocer a las víctimas los derechos y deberes a los que están sujetos, según lo establecido en las Leyes 1751 de 2015, 1448 de 2011 y 1438 de 2011, con el fin de exigir de manera adecuada y oportuna una atención integral y diferencial para ellos y sus familias.

Garantizar por parte del estado la conformación de equipos multidisciplinarios, sensibilizándolos y capacitándolos en torno a las Normas que se establecen para restablecer a las víctimas del conflicto armado. Los equipos deben tener la capacidad de atender los problemas de salud física y mental derivados de los crímenes y abusos que han sufrido estas personas, asesorando de manera veraz sobre los derechos que tienen y facilitando a las víctimas los procesos de atención y restauración de derechos.

11 REFERENCIAS

1. Castrillón-Guerrero L, Riveros Fiallo V, Knudsen ML, López López W, Correa-Chica A, Castañeda Polanco JG. Comprensiones de perdón, reconciliación y justicia en víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *Rev. de Estud. Soc.* [revista en Internet]. 2018 [citado 20 de octubre de 2020]; (63): 84-98. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.7440/res63.2018.07>
2. Charry-Lozano L. Impactos psicológicos y psicosociales en víctimas sobrevivientes de masacre selectiva en el marco del conflicto Suroccidente Colombiano en el año 2011 *Colombia Forense* [revista en Internet]. 2016 [citado 20 de octubre de 2020]; 3(2): 53-62. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.16925/cf.v3i2.1756>
3. Bohada MDP. Desplazamiento forzado y condiciones de vida de las comunidades de destino: el caso de Pasto, Nariño. *Rev.econ.inst* [revista en internet]. Julio 2010 [citado 17 de noviembre de 2020];12(23): 259-298. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rei/v12n23/v12n23a11.pdf>
4. Valdes Uribe N. El papel de los Organismos Internacionales frente a la problemática de desplazamiento forzado en Colombia 2004-2007 Caso: Bogotá [Monografía de grado]. Bogotá D. C.: Universidad del Rosario; 2009.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas [Internet]. OMS, 2001 [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
6. Restrepo M. *Salud Mental y desplazamiento forzado*. Bogotá D. C.: Editorial

- Universidad del Rosario; 2012.
7. Beltrán López U. ¿Está Colombia preparada para darle atención en salud a las víctimas del conflicto? [Internet]. 22 de marzo de 2016 [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://ulahybeltranlopez.blogspot.com/2016/03/colombia-y-la-atencion-en-salud-las.html>
 8. Congreso de Colombia. Ley 1448 de 2011. *Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, D.C.: Diario Oficial, 48.096 (junio 10 de 2011).
 9. Mogollón Pérez AS, Vázquez Navarrete M, García Gil M. Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2003; 77 (2): 257-266.
 10. Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, Gómez LC. Prevalence of Mental Disorders and use of Services: Preliminary Results from of the National Study of Mental Health, Colombia, 2003. *rev. colomb. psiquiatr*. 2004; 33(3): 241-262.
 11. Millán NH, Ochoa LA. *Papel de la ayuda alimentaria en la garantía de la Seguridad Alimentaria de la población en situación de desplazamiento forzoso* [Tesis de grado]. Bogotá D. C.: Universidad Nacional de Colombia; 2003.
 12. Escobar-Córdoba F, Folino JO, Schmalbach JE. Alteraciones del sueño y estrés postraumático en mujeres víctimas de asalto sexual. *Medunab*. 2006; 9(1): 28-33.
 13. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento-CODHES. Colombia: Desplazados, Éxodo, Miedo y Pobreza; 1997.
 14. Bernal MC. *Mujeres desplazadas por conflicto armado. Situaciones de género en*

- Cali y Popayán*. Cali, Colombia: Universidad del Valle; 2002.
15. Pérez LE. *Población desplazada: entre la vulnerabilidad, la pobreza y la exclusión*. Bogotá: Red de Solidaridad Social; 2004.
 16. Malagón JN. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA; 2007.
 17. García M. Los desplazados por la violencia en Colombia, con su dolor sin rumbo. *Universidad Humanística*. 1999; 27(47), 15-31.
 18. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2014; 43(4): 177-185.
 19. Ardila C. *Guerreros ciegos: el conflicto armado en Colombia*. Bogotá, D.C.: Fundación Social CEDAVIDA; 1998.
 20. Rueda R. *Desplazados por la violencia en Colombia: entre el miedo, la soledad y la esperanza*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia; 1997.
 21. Higueta-Gutiérrez LF, Cardona-Arias JA. Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes: revisión sistemática de las investigaciones publicadas en el periodo 1970-2013. *Médicas UIS*. 2015; 28(1): 23-30.
 22. Hernández M, Correa NJ, Mosquera NA. *Prevalencia de trastornos mentales en población desplazada del departamento del Valle del Cauca; 2010*.
 23. Pacheco C. Guerra y derecho a la salud en Colombia. El caso del Departamento de Nariño. *Medicina Social*. [Internet]. 2009 [citado 20 de octubre de 2020]; 4(3): 177-188. Disponible en:
<http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/319/710>.

24. Cardozo Rusinque AA, Cortés-Peña OF, Castro Monsalvo M. Relaciones funcionales entre salud mental y capital social en víctimas del conflicto armado y personas en situación de pobreza. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*. 2017; 34(2): 235–257.
25. Moreno Camacho MA, Díaz Rico ME. Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *El ágora USB*. 2016; 16(1): 193-213.
26. Castrillón Baquero JE, Palacios Pérez AF, Gómez MF, Álvarez Álvarez NS, Paniaga García S. Víctimas del conflicto armado en la ciudad de Medellín: una lectura estética de la participación política. *El Ágora USB*. 2017; 17(2):513-533.
<https://doi.org/10.21500/16578031.3287>
27. Herrera M, Pertuz C. *Narrativas femeninas del conflicto armado y la violencia política en Colombia, contar para rehacerse*. *rev.estud.soc.* [Internet]. 2015 [citado 20 de octubre de 2020]; (53): 150-162. Disponible en:
<https://journals.openedition.org/revestudsoc/9373>
28. Mateos O. *Menores, educación y conflicto armado: Un análisis desde la realidad africana 15 años después del Informe Machel*. *Foro de Educación* [internet]. 2012 [citado 20 de octubre de 2020]; 10(14). Disponible en:
<http://forodeeducacion.com/ojs/index.php/fde/article/view/7/7>
29. Organización Mundial de la Salud. *Determinantes sociales de la salud* [Internet]. Rio de Janeiro, Brasil; 2011 [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en:
https://www.who.int/social_determinants/es/
30. García Ramírez JA, Vélez Álvarez C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales. Colombia. *Rev Cubana de Salud Pública*.

- 2017; 43(2): 191-203.
31. Organización Mundial de la Salud. *Determinantes e inequidades en salud [internet]. 2014* [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-andinequalities&catid=24%3Achapters&Itemid=165&lang=es.
 32. Borde E, Akerman M, Morales BC, Hernández-Álvarez M, Guerra G, Salgado de Snyder N. Capacidades de investigación sobre determinantes sociales de la salud en Brasil, Colombia y México. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2016; 34(3): 330-341*. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a07>.
 33. Cardona D, Nieto E. *Concepto de salud de diferentes cabezas médicas en la ciudad de Manizales*. Universidad Autónoma de Manizales; 2001.
 34. Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan decenal de Salud Pública, 2012-2021*. Bogotá; 2013.
 35. García J, Vélez C. América Latina frente a los Determinantes Sociales de la Salud: Políticas Públicas Implementadas. *Rev. salud pública [internet]. 2013* [citado 20 de octubre de 2020]; 15(5): 731-742. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n5/v15n5a09.pdf>
 36. Ministerio de Salud. MinSalud implementa programa de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia [internet]. Boletín de Prensa No 363 de 2013 [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/tencion-psicosocial-victimas.aspx>
 37. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. *El Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia [internet]*. Bogotá, D.C.; 2015 [citado 20 de octubre de 2020].

Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>.

38. Ministerio de Salud y Protección Social. Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud [internet]. Bogotá D.C., 2014 [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>

39. Instituto Departamental de Salud de Nariño. *Red de prestación de servicios de salud en Nariño*. Pasto (Colombia) [internet]. 2008 [citado 20 de octubre de 2020].

Disponible en:

http://idsn.gov.co/site/images/publicaciones/red_de_servicios/doc_red_de_servicios.pdf

40. Secretaría de Salud del Municipio de Pasto. *Red de Prestación de Servicios de Salud del departamento de Nariño*. Pasto (Colombia). [internet]. 2016 [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en:

http://www.saludpasto.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=207&Itemid=198.

41. Instituto Departamental de Salud de Nariño. Modelo de atención en salud y estudio de la situación de la prestación pública de servicios de salud en el departamento de Nariño red de prestación de servicios de salud [internet]. San Juan de Pasto, 2014 [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en:

http://idsn.gov.co/site/web2/images/edocs/docum_red_svcios_narino_aprobado2014.

pdf

42. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas - PAPSIVI [internet]. 2012 [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx
43. Oviedo G. *La definición del concepto de percepción en Psicología con base en la teoría Gestalt*. Revista de Estudios Sociales [internet]. 2004 [citado 20 de octubre de 2020] (18): 89-96. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n18/n18a10.pdf>
44. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación 4ª ed. México: McGraw-Hill; 2006
45. Kvale S. *La entrevista en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata; 2011
46. Osorio P. *Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos*. Editorial EOS; 2009.
47. Delgado Barón M. Las víctimas del conflicto armado colombiano en la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras: apropiación y resignificación de una categoría jurídica. Perf. Latinoam. 2015; 23(46): 121-145.
48. Gómez-Restrepo C, Rincón CJ, Medina-Rico M. Enfermedades crónicas en población afectada por el conflicto armado en Colombia, 2015. Rev Panam Salud Publica. 2017; 41:e144. doi: 10.26633/RPSP.2017.144.
49. Moreno Gómez GA. La población desplazada y su derecho a la salud. Investig. Andina [internet]. 2010 [citado 20 de octubre de 2020]; 12(20): 5-6. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v12n20/v12n20a01.pdf>
50. Cudris Torres L, Barrios Núñez A. Malestar psicológico en víctimas del conflicto

- armado. *Revista CS*. 2018; (26): 75-90.
51. Obando Cabezas L, Salcedo Serna MA, Correa LF. La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública. *Psicogente*. 2017; 20(38): 382-397.
 52. Recalde Castañeda G. En la base de la ruta: barreras de acceso y estrategias de atención en la ruta de declaración y registro de víctimas del conflicto. *Revista CS*, 2016; (20): 123- 142.
 53. Bernal O, Barbosa S. La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud Pública de México*. 2015; 57(5): 433-440.
 54. Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes 3712. Plan de financiación para la sostenibilidad de la ley 1448 de 2011 [internet]. Bogotá D. C.; 2011 [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en:
https://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/Gactv/Normatividad/conpes_3712_de_2011.pdf
 55. Urrego Pava G. *Ley de víctimas: un debate en torno a la inclusión y la exclusión social*. Universidad Católica de Colombia; 2016
 56. Ramírez Motta A, Sora Trujillo F. *La reparación a las víctimas del conflicto armado en Colombia*; 2013

12 ANEXOS

Anexo 1. Instrumento 2 - entrevista para víctimas del conflicto armado

Objetivo: Determinar los conocimientos que tienen las personas víctimas del conflicto armado en el municipio de Pasto, acerca de la ruta de atención integral para su atención.

Nombre del entrevistador: _____ Nombre del entrevistado: _____ Fecha: _____

Hora: _____ Lugar: .

Instructivo: Responda de manera clara y sencilla las siguientes preguntas:

¿Qué significa ser víctima del conflicto armado?

¿Qué es salud? ¿Usted se siente satisfecho(a) con la atención en salud que le brindan?

Para usted: ¿qué significa ser víctima del conflicto armado?

_____.

¿Para usted qué son rutas de atención en salud a víctimas del conflicto armado?

_____.

¿Conoce la ley colombiana que establece el proceso de rutas de atención integral en salud a víctimas del conflicto armado?

SI NO ¿QUÉ CONOCE?____

¿La institución de salud donde usted recibe atención en salud le ha brindado información y capacitaciones respecto al tema de rutas de atención integral a víctimas del conflicto armado?

_____.

¿Ha escuchado algo sobre el “enfoque diferencial”?

_____.

¿Qué clase de servicios en salud le han brindado a usted como víctimas del conflicto armado?

_____.

¿Ud. considera que si se aplica la ley colombiana sobre el proceso de rutas de atención integral en salud a víctimas del conflicto armado?

_____.

¿Conoce lo relacionado al manejo de la atención integral en salud para víctimas del conflicto armado?

_____.

¿Considera usted que el personal que labora en la institución le ha brindado una adecuada atención por ser víctima del conflicto armado? ¿Por qué?

_____.

¿Cómo considera Ud. que son los mecanismos de información y comunicación en el manejo de rutas de atención en salud a víctimas?

_____.

¿Ud. considera que todo el personal de salud debe conocer el manejo de las rutas de atención integral a víctimas del conflicto armado?

¿Cuáles cree Ud. que serían las consecuencias de no tener claro dentro de la Institución de salud, el manejo, seguimiento de una adecuada atención integral a víctimas del conflicto?

_____.

¿Qué clase de servicios de salud se brinda a las víctimas del conflicto armado?

_____.

¿Usted cree que la información y comunicación que se brinda en salud a las víctimas del conflicto armado es clara y oportuna?

_____.

¿Cómo se realiza la atención en salud a víctimas del conflicto armado?

¿Le interesa conocer en qué consiste el proceso de atención en salud a través de las rutas integrales? SI NO ¿Por qué?

¿La institución de salud donde usted acude le ha brindado información y orientación respecto al tema de rutas de atención integral a víctimas del conflicto? SI NO ¿Qué información le ha brindado?

¿Qué consecuencias se producirían si no se conoce bien el proceso de rutas de atención en salud a víctimas del conflicto armado?

.-

Observaciones:

Agradecimiento: Agradezco por su colaboración al responder a las preguntas. -

Anexo 2. Historia de Vida-Preguntas orientadoras

Objetivo: Determinar la mayor información posible sobre el conocimiento y cumplimiento adecuado de las rutas de atención en salud integral a las víctimas del conflicto armado y de cómo se brinda esta atención por parte de la institución en salud del municipio de Pasto.

Nombre del entrevistador: _____ Nombre del entrevistado: _____ Fecha: _____

Hora: _____ Lugar: .

Instructivo: dialogar frente a la Historia de Vida de las personas víctimas del Conflicto Armado.

Recuerdos de abuelos, tíos, parientes ancianos, del entorno socio cultural de la familia.

La Infancia.

¿Cuántos hermanos eran?, número de personas, número de hermanos, oficios de la madre, el padre, costumbres y hábitos de éstos. Su vida entre los niños, en su casa, los juegos, sus recuerdos gratos, travesuras, malos recuerdos.

La Escuela. -

¿A qué edad comenzó la escuela?, tipo de escuela (privada, pública, religiosa etc.)

¿Cuántas escuelas había en la zona?

¿Sabía leer o escribir cuando ingreso?,

¿Le gustaba hacer?

¿Había diferencias entre sus compañeros? ¿Número de compañeros?

¿Juegos, recuerdos de maestros, castigos?

¿Qué hacía después del colegio?

Personas importantes en la escuela.

Lugares importantes en la escuela.

Años escolares.

Recuerdos gratos y malos recuerdos.

Juventud. -

¿Qué hacía en esa edad? escuela, trabajos, juegos, amistades, novias, etc.

Relación con sus padres.

¿Conflictos personales?

¿A qué edad comenzó a salir solo (a)?

¿Qué hacía los fines de semana?

¿Cuándo comenzó a ganar dinero, cómo?

Si prestó Servicio Militar. - Recuerdos. Opiniones, etc.

El Campo. -

¿Su familia era propietaria de la tierra?

¿Qué cultivaban?

¿Había otros ingresos? de quién, cuánto era.

Describa como era su casa. Primero el entorno y luego detalle plantas, cuartos, disposición de interiores, materiales construcción, tipo de piso, techo, mobiliarios

Animales. Utilización del suelo Cultivos, detalles.

Su condición de trabajo. Si era propietario o asalariado. Describa un día de trabajo

Tareas cotidianas

Alimentación

Número de comidas diarias.

Descripción de las comidas.

Tipo de cocina: leña, gas, otros combustibles

Bebidas: Bebidas: café, jugos, agua, alcohol, cantidades. Platos preferidos.

Opinión en relación a la cocina.

El Matrimonio.

¿Cuándo conoció a su esposa (o)?

¿De dónde es originaria?

¿Tiempo de noviazgo?

¿A quién le pidió permiso para casarse?

¿Sus padres estaban de acuerdo?

¿Tenía ella el consentimiento de su familia? Preparativos del matrimonio.

Costumbres.

Lugar de residencia.

Los Hijos. -

Número y descripción Relación con ellos.

Comentarios.

Días de Fiesta.

¿Qué hacía esos días?

Autoridades, descríbalas.

Vida Religiosa.

¿Profesa alguna religión? ¿cuál, por qué?

Recuerdos de su pasado religioso.

Política y Sindicalismo.

¿Le interesa la Política? ¿Partidos?

¿Ha participado? de qué manera.

¿Ha asumido responsabilidades sindicales?

¿Luchas sociales?

Ancianos.

¿Cuál era la condición de los ancianos?

¿Cómo vivían?

¿De qué se ocupaban, vivían solos?

Cultura

Recoja canciones, poemas, cuentos de la región.

Situación sociopolítica.

¿Cómo era antes la situación social y política de su territorio?

¿Cuándo inicio el conflicto armado en su territorio?

¿Qué tipo de problemas tarjo a su territorio y a su familia?

¿Cómo cree usted que afecto su salud y la de su familia esta situación, después del conflicto armado y en la actualidad?

¿Considera usted que si recibió atención oportuna a la situación de la salud de usted y al de su familia?

Mencione experiencias positivas o negativas que tuvo en la atención.

¿En algún momento después de salir de su territorio por el conflicto armado, recibió capacitación referente a la salud? ¿Cuál recuerda?

¿Qué opinión tiene sobre el sistema de salud y cuente experiencias que tuvo que vivir al respecto?

Agradecimiento: Agradezco por su colaboración al responder a las preguntas. -

Anexo 3. Entrevista para personal de salud

Objetivo: Determinar la mayor información posible sobre el conocimiento y cumplimiento adecuado de las rutas de atención en salud integral a las víctimas del conflicto armado y de cómo se brinda esta atención por parte de la institución en salud del municipio de Pasto.

Nombre del entrevistador: _____ Nombre del entrevistado: _____ Fecha: _____

Hora: _____ Lugar: _____

Instructivo: Responda de manera clara y sencilla las siguientes preguntas:

¿Qué entiende usted por salud integral?

Para usted: ¿quién es víctima del conflicto armado?

_____.

¿Para usted qué son rutas de atención en salud a víctimas del conflicto armado?

_____.

¿La institución de salud donde usted labora ha brindado información y capacitaciones respecto al tema de rutas de atención integral a víctimas del conflicto armado?

_____.

¿Qué entiende usted por el término “enfoque diferencial”?

_____.

¿Qué clase de servicios en salud se brinda a las víctimas del conflicto armado?

_____.

¿Se aplica la ley colombiana sobre el proceso de rutas de atención integral en salud a víctimas del conflicto armado?

_____.

¿Conoce lo relacionado al manejo de la atención integral para víctimas del conflicto armado?

_____.

¿Considera usted que el personal que labora en la institución brinda una adecuada atención a las víctimas del conflicto armado? ¿Por qué?

_____.

¿Cómo considera que son los mecanismos de información y comunicación en el manejo de rutas de atención en salud a víctimas?

_____.

¿Qué opina sobre la necesidad de que todo el personal de salud conozca el manejo de las rutas de atención integral a víctimas?

_____.

¿Cuáles cree que serían las consecuencias de no tener claro dentro de la Institución de salud, el manejo, seguimiento de una adecuada atención integral a víctimas del conflicto?

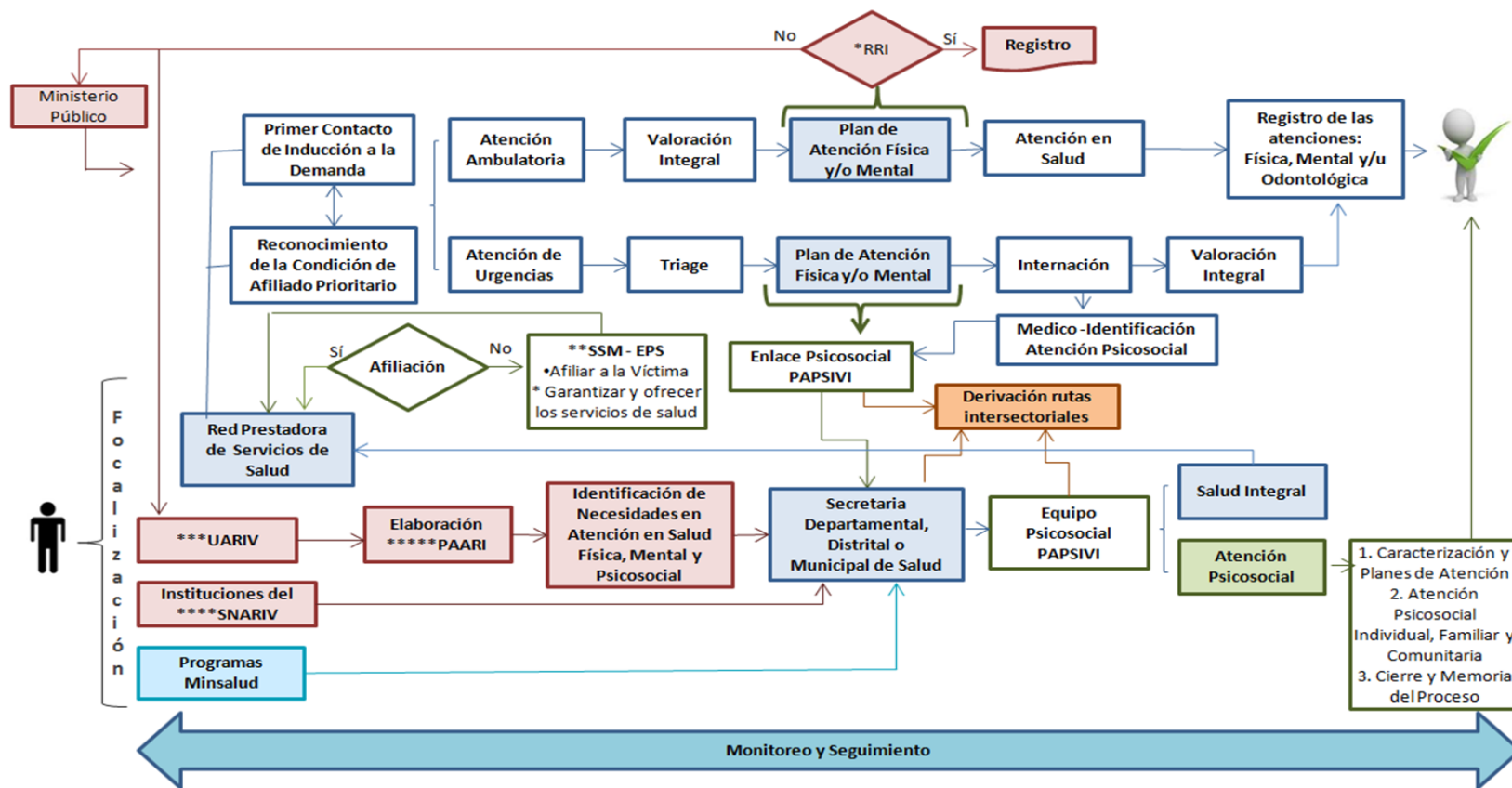
_____.

Observaciones: _____

Agradecimiento: Agradezco por su colaboración al responder a las preguntas.

Anexo 4. Ruta de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado

Programa de atención psicosocial y salud de víctimas.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social PAPSIVI 2014-2015

Plan Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas PAPSIVI



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social Año 2014-2015