

Significado del proceso de atención en salud para un grupo de personas víctimas del conflicto armado en el municipio de Pasto

María Ider Casanova-Burbano¹

Resumen

Cómo citar este artículo / To reference this article / Para citar este artículo: Casanova-Burbano, M. I. (2021). Significado del proceso de atención en salud para un grupo de personas víctimas del conflicto armado en el municipio de Pasto. *Revista Criterios*, 28(1), 142-164. DOI:<https://doi.org/10.31948/rev.criterios/28.1-art7>

Fecha de recepción: 22/11/2020

Fecha de revisión: 15/02/2021

Fecha de aprobación: 17/02/2021



Objetivo: Interpretar el significado de la atención en salud en un grupo de 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 utilizó historias de vida y una 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; se desconoce 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 observa 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; conflicto armado; atención en salud.

Artículo resultado de la investigación titulada: 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.

¹Candidato a Maestrante (Universidad Autónoma de Manizales). Enfermera Profesional, San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. Correo electrónico: mider610@gmail.com.



Meaning of the health care process for a group of victims of the armed conflict in the municipality of Pasto

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 on the subject of health care, the degree of satisfaction of said care, the knowledge of comprehensive health care routes, and the psychosocial care were used. **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. **Conclusions:** There are gaps between what the regulations state and their application for the victims of the armed conflict, which denies them the right to comprehensive health care and psychosocial care.

Keywords: Victims of violence; armed conflict; health care.

Significado do processo de atenção à saúde de um grupo de vítimas do conflito armado no município de Pasto

Resumo

Objetivo: Interpretar o significado da assistência à saúde em um grupo de vítimas de conflito armado no município de Pasto (Nariño). **Metodologia:** Pesquisa qualitativa realizada com 30 vítimas e 17 profissionais da Rede de Atendimento às Vítimas. Foram utilizadas histórias de vida e entrevistas semiestruturadas sobre atenção à saúde, satisfação com a atenção à saúde, conhecimento de rotas abrangentes de atenção à saúde e atenção psicossocial. **Resultados:** O significado da atenção à saúde é enquadrado por uma perspectiva biomédica em termos de acesso à consulta médica, diagnóstico e tratamento; as vítimas desconhecem as rotas abrangentes e psicossociais e como acessar seus direitos. Identificam limitações institucionais e individuais para o acesso aos serviços de saúde. **Conclusões:** Há lacunas entre o que é indicado pela regra e sua aplicação às vítimas de conflito armado que lhes nega o direito à atenção integral à saúde e à atenção psicossocial.

Palavras-chave: Vítimas de violência; conflito armado; atenção à saúde.

1. Introducción

El conflicto armado puede entenderse como un problema multidimensional que ha generado diversidad de problemáticas de carácter social, económico y político, dejando como consecuencia, violencia, desplazamiento forzado, inequidad social y pobreza. De acuerdo con Castrillón-Guerrero, Riveros, Knudsen, López, Correa-Chica y Castañeda (2018), el conflicto armado ha generado condiciones de vulnerabilidad social y económica, al perder a sus familias, hogares, bienes, costumbres y estilos de vida. Esta problemática en Colombia lleva más de 40 años, siendo los actores principales, las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), el Ejército de Liberación Nacional (ELN), las bandas criminales (BACRIM), los paramilitares, las fuerzas armadas, la organización M19, entre otros.

Según el Registro Único de Víctimas (RUV, citado por Charry-Lozano, 2016), 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, son reflejadas en consecuencias y huellas irreparables.

Según registros del Centro de Monitoreo de Desplazamiento Interno (IDMC, por sus siglas en inglés, y el Consejo Noruego para los Refugiados, NRC, 2009), Colombia es, después de Sudán, el país con mayor número de víctimas; el conflicto armado sigue siendo la principal causa de desplazamiento forzado en todo el país y, el total de víctimas sigue aumentando.

Muchas son las regiones en Colombia que han sido afectadas por causa de la violencia; una de ellas es el departamento de Nariño, donde el número de desplazados por el conflicto armado incrementa cada vez; este fenómeno inició a partir de los años ochenta, afectando de forma directa el país. Es importante mencionar que, en la década de los noventa, el conflicto armado se agudizó en el departamento, como consecuencia de la consolidación de cultivos ilícitos y la llegada de organizaciones armadas (Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, ASDI y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 2010).

Las consecuencias y daños que han vivenciado las personas víctimas del conflicto armado en Colombia y, específicamente, en el departamento de Nariño, han motivado el desarrollo de la investigación que aquí se presenta, teniendo en cuenta el proceso de atención en salud que se brinda a esta población y 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, 2001), las personas y las organizaciones experimentan salud, no solamente por ausencia de la enfermedad, sino también, cuando perciben facilitadores que 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” (Restrepo, 2012, p. 15).

Se reconoce los esfuerzos constantes de los entes correspondientes, con miras a mejorar los servicios de salud para la población víctima del conflicto armado, los cuales son visibilizados 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. (Restrepo, 2012, p. 17)

Las anteriores consideraciones señalan la pertinencia de realizar procesos de investigación que develen, a partir del significado de la atención en salud de las víctimas del conflicto armado, si la implementación de la normatividad vigente y el programa fueron diseñados como un estudio con enfoque cualitativo, a través del cual se indagó por el significado de la atención en salud de un grupo de víctimas del conflicto armado.

La Unidad de análisis fue la atención en salud. La Unidad de trabajo fueron 31 víctimas del conflicto armado y 17 profesionales de la salud pertenecientes a la Red de atención de víctimas del conflicto armado (Centro de Salud San Vicente y Hospital Civil). Para la recolección de la información se elaboró entrevistas, que fueron grabadas y luego transcritas al pie de la letra por los entrevistadores y revisadas por los supervisores del estudio para asegurar su exactitud.

El análisis se realizó por medio de codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva (Flick, 2014). La codificación abierta se hizo sobre las unidades textuales; es decir, sobre los enunciados con sentido completo expresados por las víctimas y los profesionales responsables de la atención en salud en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI). Su propósito fue identificar y denominar los fenómenos apreciables en las unidades textuales (Strauss y Corbin, 2002). A través de un trabajo descriptivo se reunió y organizó la información obtenida, la cual se estructuró en un texto que da cuenta de los hallazgos centrales del estudio y que fue contrastado con los participantes en el estudio. Para el trabajo interpretativo se utilizó la técnica de triangulación entre los textos de las víctimas, los textos de los profesionales, los documentos sobre los enfoques y rutas de atención a las víctimas y la perspectiva de la investigadora.

PAPSIVI contribuye al bienestar de la población y a construir evidencia sobre su funcionamiento, con el fin de promover la toma de decisiones debidamente informadas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

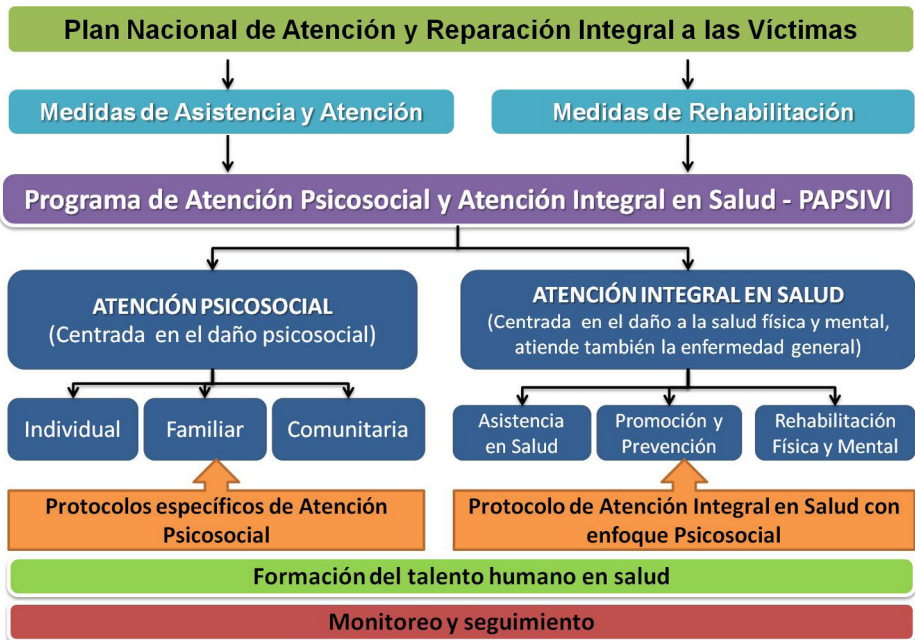
Las anteriores consideraciones cobran un valor importante en procesos de investigación, dado que permiten profundizar en este campo desde una metodología cualitativa que, a su vez, hace posible comprender el significado del proceso de atención en salud para un grupo de personas víctimas del conflicto armado del municipio de Pasto, frente a las vivencias de la población en torno a las categorías que orientan este estudio.

2. Justificación

Considerando el contexto del departamento de Nariño y la relación que con el conflicto armado se ha mantenido durante un sinnúmero de años, es imprescindible justificar la importancia del estudio 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. Como ya se ha mencionado, 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 éstas, acceder a su atención en salud. Sin embargo, se ha considerado fundamental comprender, desde el punto de vista de la subjetividad, cómo perciben, desde su experiencia, la atención asistencial de este sistema.

Figura 1

Plan Nacional de Atención y Reparación integral a las víctimas



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

El propósito del presente estudio busca, como primera medida, comprender cuál es el significado de la atención en salud que tienen los participantes, tomando como principal herramienta de recogida de información, la historia de vida. Es fundamental indicar que ésta permite ahondar y recabar información amplia y en profundidad del fenómeno que se aborda, puesto que posibilita 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.

Bajo esta argumentación, 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. En el territorio existen 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 esencial mencionar, como otro aspecto que justifica el desarrollo de la investigación, su pertinencia 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.

3. Metodología

El enfoque que orientó el estudio fue el histórico hermenéutico, que 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 investigación abordó el objeto de estudio a partir del paradigma cualitativo, que busca 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 como 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.

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 son:

- Personas víctimas del conflicto armado.
- Personas registradas en la base de datos de la Unidad Departamental de Víctimas.
- Hombres y mujeres mayores de 15 años.
- Personas quienes, por voluntad propia, decidan participar en el estudio.

Tabla 1

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

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

Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Entrevista estructurada

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 propósito fue, comprender el significado de las víctimas del conflicto armado y del personal de salud frente a la atención en salud en San Juan de Pasto.

Historias de Vida

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, los relatos o las historias que estos realizan sobre su experiencia vivida. En otras palabras, esta técnica permite analizar la narrativa de los actores, considerando el contexto socio histórico

en que construyen dicha narrativa, así como las relaciones, normas y procesos que estructuran y sustentan la vida social.

Tabla 2

Matriz de categorías

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

Procesamiento de la información

1. Solicitud de la base de datos en 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. Contacto por visita domiciliaria para llevar a cabo la investigación.

Revista Criterios - 28 (1) - revcrit- pp. 142-164
ISSN: 0121-8670, ISSN Electrónico: 2256-1161,
https://doi.org/10.31948/revcriteros
Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Nariño, Colombia, 2021.



4. 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, bajo citas y días previos para 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.

Instrumentos

Historias de vida

Con las Historias de vida que se aplicó, como uno de los métodos de investigación cualitativa, se propuso recabar información de fuente primaria; o sea, 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 en el departamento de Nariño. El tipo de historias de vida fue de tipo temático; esto es, 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 operan las rutas de atención en salud y atención psicosocial. Esta información 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.

Para complementar la información y cumplir el objetivo general, se realizó un instrumento tipo entrevista estructurada para personal de salud.

Plan de análisis

La información obtenida a través de las listas de chequeo fue analizada a través de la 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 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 corresponden 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.

Consideraciones éticas de la investigación

La normatividad de investigación en salud en Colombia está regida por la Resolución 8430 de 1993, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para este propósito. Considerando que la presente es una investigación de riesgo bajo, dado que no se realiza ninguna intervención de variables biológicas, fisiológicas, sociológicas de los individuos que participan en el estudio, sino entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se identifica ni se trata aspectos sensitivos de conducta, se aplica un proceso de consentimiento informado, donde se fija el propósito de la recolección de información y la participación de los individuos, 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 mencionada resolución, medidas prácticas de protección y aseguramiento de los resultados válidos, acorde con lo establecido para el desarrollo del estudio.

4. Resultados

Características sociodemográficas de la población

Entre las víctimas del conflicto armado, el 86,7 % corresponde al sexo femenino y el 13,3 % al sexo masculino. Con relación a la edad, el 50 % (15 personas) se encuentra entre los 22 y 28 años; el 33,3 % (10 personas) entre los 32 y 35 años; el 26,7 % (8 personas) entre los 40 y 52 años. Según la etnia, el 96,7 % (29 personas) son mestizas y el 3,3 % (una persona) es afrodescendiente. Respecto al estado civil, el 46,7 % son casados; el 26,7 % vive en unión libre; el 23,3 % son solteros y el 3,3 % están separados. Según el nivel educativo, el 26,7 % (8 personas) ha realizado su primaria completa y el 6,7 % (2 personas) no la han terminado; un 23,3 % (7 personas) completó los estudios de básica secundaria y un 40 % (12 personas) no lo hicieron; un 3,3 % finalizó estudios técnicos. En cuanto a la ocupación, un 30 % (15 personas) son amas de casa; un 16,7 % (5 personas) son vendedoras; un 10 % (3 personas) desempeñan oficios varios; otro 10 % (3 personas) son empleados; hay un estudiante, que equivale a un 3,3 %, un mototaxista, un comerciante y un ayudante de chofer. En cuanto al nivel socioeconómico, el 10 % pertenece al estrato medio (3 personas) y el 90 % al estrato bajo (27 personas).

Percepción de la atención en salud de las personas víctimas del conflicto armado en el municipio de Pasto

El significado del desplazamiento, atención en salud, conocimiento sobre las rutas de atención integral para su atención (PAPSIVI) y satisfacción con dicha atención, fueron las categorías iniciales formuladas para abordar la investigación que presentamos:

Concepto de Desplazado

Para esta población, su percepción de ‘Desplazado’ significa, ser sacados de sus tierras de una manera agresiva, amenazante; representa el momento en el que los despojaron de todo y los dejaron sin nada; por lo tanto, sufrieron muchos daños. Refieren que la situación en la que se encuentran 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 haber sido despojados violentamente de sus casas y tierras, en una guerra fría y deshumanizante, se les está vulnerando su integridad y sus derechos. Frases como: “fuimos desplazados por la guerra”, “sufrimos un daño, cuando me despojaron del lugar”, “me dieron un tiro, me dejaron sin nada”, son expresiones acerca de ser víctimas del conflicto armado.

Atención en salud

El concepto de la atención en salud, desde el punto de vista de las víctimas del conflicto armado, equivale a recibir una atención por parte de un médico, cuando se encuentran enfermos o mal; éste los revisa y les ordena medicamentos para sanarse física y mentalmente; es tener derecho a los servicios de salud mediante la afiliación, a través de una EPS, ya sea de modo subsidiado o contributivo.

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

La expresión “insatisfecha” refiere que son atendidos “a las carreras”, que “frecuentemente formulan los mismos medicamentos”, que son citados a una hora “y se demoran en atender”. En las historias de vida señalan que ellos sienten que siempre es lo mismo; “formulan los mismos medicamentos: ibuprofeno o acetaminofén para todo tipo de dolor y enfermedad”; “el tiempo de espera es largo para ser atendidos”, razón por la cual prefieren asistir “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 realizar algún tipo de exámenes”; “lleva mucho tiempo sacar una cita médica, al igual que obtener las autorizaciones para los exámenes”; “lograr una buena atención en salud es contar con suerte; es duro; es como volvernos a victimizar con esa desatención; toca esperar y toca realizar muchas vueltas; eso sí es malo”.

Esta perspectiva podría considerarse lo mínimo que una persona víctima del conflicto armado espera de la atención en salud; cabe señalar que sus expectativas no van más allá de la solicitud de una atención en salud basada en el modelo biomédico, sin ser conscientes del hecho de que existe una Ley de víctimas y un Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) que, además focaliza su atención en el daño y las afectaciones psicosociales derivadas del mismo. A este desconocimiento se suma las condiciones de dependencia de las víctimas, que no pueden acercarse a solicitar servicios médicos debido a dificultades de movilidad, del cuidado de la familia, en particular de los menores de edad o, por la necesidad de privilegiar actividades económicas que, aunque precarias, les permiten el acceso a la satisfacción de algunas necesidades básicas, como alimentación y vivienda.

Conocimiento de Rutas de atención en salud a víctimas del conflicto

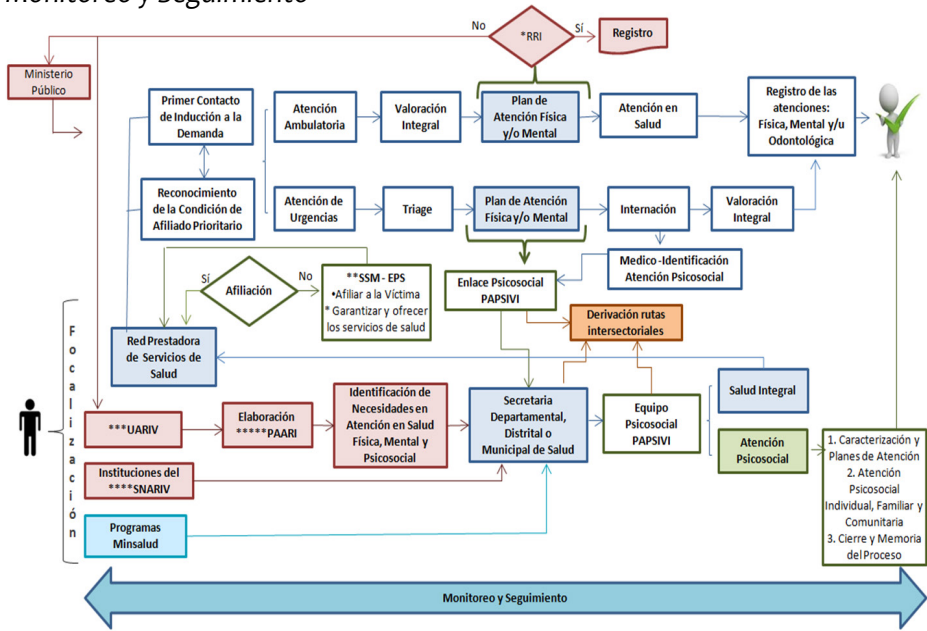
Si bien, dentro de la Ley 1448 de 2011, Artículo No. 28 Derechos de las víctimas, el numeral 10 hace referencia al derecho a la información sobre las rutas y los medios de acceso a la salud, el 93 % de las personas refieren que desconocen las rutas de atención ratificadas en el Decreto 4800 de 2011 que “deberán ser implementadas 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” (p. 15).

Respecto a la claridad y oportunidad de información sobre salud que se brinda a las víctimas del conflicto, la percepción expresada es que sí los atienden en la Unidad de Víctimas y les dan una información clara y oportuna, pero que, en otras instituciones como los centros de salud y los educativos, desconocen por completo la norma y, por ende, 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”.

Los mismos profesionales de la salud señalan que los mecanismos de información y comunicación en el manejo de las rutas de atención de las víctimas “son deficientes, malos, porque no se conocen”; expresan que en su lugar de trabajo nunca se habla del tema; no se capacitan; ni funcionarios ni víctimas manifiestan conocer los derechos que asisten a estos últimos y los deberes de los funcionarios que los atienden.

Las víctimas, frente al desconocimiento que expresan sobre las rutas integrales, revelan interés en conocer el proceso de atención en salud a través de las mismas; se sienten motivadas por el deseo de conocer la ley, para poder exigir que se dé cumplimiento a sus derechos e identificar oportunamente en qué momento acudir, dónde y cómo hacerlo, gestionando de manera eficaz sus necesidades y las de su familia. Además, porque el desconocimiento de la norma y los trámites que tendrían que hacer para poder reestablecer su vida y su dignidad los desorienta, perdiendo así los derechos y beneficios que tienen como víctimas del conflicto.

Figura 2
Monitoreo y Seguimiento



Percepción de la atención en salud que se da a las víctimas por los profesionales del conflicto armado en el municipio de Pasto

El 100 % de los entrevistados refiere de manera distinta la salud, sin alejarse del concepto de la OMS (2001): es “el estado completo de bienestar físico y social de una persona” (párr. 11), 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. El personal de salud, de acuerdo con sus conocimientos, da un concepto similar al de la OMS: “Salud es la ausencia de enfermedad mental, fisiológica, problemas socioeconómicos y espirituales”. Complementan señalando que la salud integral implica “trabajar en la prevención de la enfermedad y su atención, cuando la salud está afectada”, “por lo cual es un derecho que tienen todos”, “brindando atención desde las diferentes especialidades (enfermería, trabajo social, medicina, psicología, etc.)”.

Sobre el conocimiento de las rutas de atención, solo dos profesionales refieren que “son los procesos que se hace con las víctimas del conflicto armado, para que acudan a los servicios requeridos”, “como un derecho de la población vulnerable”; son “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 de salud entrevistado señala que las capacitaciones acerca de las rutas de atención no se han dado; sin embargo, asumen que la atención en salud se hace bajo un trato digno y una atención oportuna con todos los pacientes en general, y aún más, a las víctimas del conflicto armado. Al contrario, otros profesionales expresan: “la atención para las víctimas del conflicto armado es deficiente; consta de, citarlos, recibir atención médica, que es calificada como deficiente y discriminatoria” y, comparan la atención: “con el contributivo es excelente, pero con el subsidiado es pésima...”

Debido al desconocimiento de las rutas de atención, solo el 7 % hace referencia a que la finalidad de éstas es prestar de manera oportuna el servicio y así, satisfacer las necesidades básicas de las víctimas. Asimismo, desconocen los decretos y leyes que regulan y establecen los procesos de atención integral en salud a víctimas del conflicto armado. En algún momento estos les fueron socializados por el personal encargado de esta función, pero no hicieron hincapié en los mismos.

A lo anterior se suma que, quienes ingresan por primera vez a la Unidad o Centros de atención, no conocen de temas de víctimas y la extensa normatividad existente; 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” (Recalde, 2016, p. 134).

El factor tiempo es esencial dentro de la atención humanizada en salud y permite no limitar la atención a una simple revisión física, sino que el usuario pueda contar con un espacio para preguntar, informarse, expresar sus miedos, temores acerca de su situación y la de su familia, abriendo un espacio de confianza con el personal que le atiende.

El personal médico entrevistado opina que se brinda protección, tratamiento, atención segura y oportuna, todos los servicios de vacunación, medicina, odontología, entre otros y, agregan, que se debe brindar atención no solo médica sino también jurídica, psicológica, de trabajo social; refieren que la atención integral en salud mental para las víctimas del conflicto se convierte en una urgencia; “la atención integral para víctimas del conflicto armado debe ser oportuna”; “desde el momento en que llegan, se informa, se activa una ruta, se notifica a quien pertenezca; se debe realizar una atención en conjunto con el sector de protección, justicia y salud mental”. Agregan que la demanda del servicio acerca de este tema es baja; seis de ellos manifiestan no conocer con precisión el manejo de la atención integral para víctimas de conflicto armado.

Cabe destacar que algunos profesionales reconocen que prestan una atención no adecuada a las víctimas del conflicto armado, porque

desconocen la ley. En cambio, otros profesionales sostienen que, en todos los casos se brinda atención oportuna cuando se presenta una situación así, pero que, la frecuencia es muy baja. Confieren importancia al expresar que el enfoque diferencial 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 con su condición; implica una visión universal que considera todas las posibles variables, opciones, características, posiciones, ideologías, etc., que evidencia un grupo poblacional. “Es la prevención, atención, asistencia y reparación integral a las víctimas de poblaciones con características particulares en razón de edad, género, orientación sexual y discapacidad”; “es un reconocimiento a víctimas del conflicto armado (violaciones, abusos, etc.) a quienes se les ha violado sus derechos humanitarios, que busca igualar condiciones”.

5. 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 contextualizó 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 dieron una definición más centrada:

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 el 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 que, como víctimas, han tenido que vivir una guerra fría entre el gobierno y un grupo de personas inconformes que, mediante la venganza ante los representantes del gobierno, dañan, lastiman, a personas inocentes de este conflicto que se ha venido viviendo por más de 50 años en nuestro país. Dentro de este estudio se consideró el concepto manejado por el personal de salud, aunque ajenos de esta situación, quienes conciben al ‘desplazado’, como una persona que, de forma ajena, ha estado involucrada en la guerra y, como consecuencia, ha sufrido daños causados por grupos armados ilegales en su comunidad o área rural.

La salud integral es definida por el personal de salud, como una atención que abarca lo físico, lo emocional y lo espiritual, definición que se complementa con la percepción dada por las víctimas, quienes expresan que tener salud involucra 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 se ve obstaculizada; dicen que los servicios de salud que se les presta son deficientes. En su narrativa de vida declaran que, desde el momento de haber sido desplazados, no recibieron atención oportuna ni un tipo de asesoría por parte del sistema de salud; y cuando sí lo recibieron, lo califican como deficiente, teniendo en cuenta que la asistencia dada a las víctimas de la violencia por conflicto armado se debe dar de una manera diferencial, como se encuentra contemplado en el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011, el cual permite caracterizar las particularidades subjetivas en cuanto a su ciclo vital, género, pertenencia a grupos étnicos, discapacidad, hecho victimizante, procedencia geográfica, etc. 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 a 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 la Ley 1448 de 2011. Refieren ser atendidos con afán, recibir siempre los mismos medicamentos y una atención bastante demorada. La Ley 100 de 1993, en su reforma del sistema de salud, permitió que la salud se convierta en un proceso deshumanizante, pues los servicios de salud están obstaculizados por la cantidad de pacientes que se debe atender, la falta de recursos financieros, de talento humano e infraestructura, entre otros, que son las carencias más visibles que impiden brindar 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 éste uno de los derechos contemplados en la Ley 1448 de 2011 para las víctimas. El personal de salud menciona que no han sido capacitados y ésta es una de las causas por las cuales la atención diferenciada es percibida como deficiente, con 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 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; es necesario 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 las tantas dolencias vividas por una situación ajena a su proyecto de vida.

Las acciones del sector salud, en lo referente a atención, asistencia y reparación a las víctimas del conflicto armado colombiano, emanan de lo establecido por el PAPSIVI, que surgió según lo ordenado en el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011, cuya implementación en el departamento de Nariño, se supone, responde a las necesidades de las víctimas en los diferentes territorios donde éstas se encuentren, como la comunidad con la cual se realizó la investigación.

El estudio permitió identificar que el significado de la atención en salud se centra en la creencia de la pertenencia a un régimen de afiliación al SGSS y, con ello, el acceso a la consulta, apoyo de medios diagnósticos y tratamiento, para estar bien. Señalan que no están satisfechos con la atención; la califican como deficiente, debido implícitamente a las condiciones que envuelven 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. La satisfacción no está garantizada, debido en gran parte, a la misma percepción de la atención en salud, las limitaciones para acceder a ella, así como el desconocimiento de los derechos que les confiere la ley a través de la 1448 de 2011 y de programas como el PAPSIVI.

Desde hace varios años se viene debatiendo la incapacidad del modelo biomédico para responder por la calidad de vida y la salud de la población, cuya larga historia ha llevado a un arraigo tal, que aún no permea representaciones del proceso salud-enfermedad en el horizonte de la determinación social para que, desde allí, las víctimas implicadas en la investigación avancen en la configuración de procesos sociales que les conduzcan a exigir el debido respeto por los derechos humanos y el derecho a la salud.

Desde 2004, la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR (2004) señalaba que el esquema de atención en salud centrado en la financiación de infraestructura hospitalaria, menoscaba la

posibilidad de una respuesta que garantice el disfrute del derecho a la salud con los criterios diferenciales que también han sido señalados en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Las limitaciones del modelo biomédico en la atención de la salud han sido ampliamente debatidas; vale la pena traer aquí la reflexión de Madariaga (2008), sobre la necesidad de integrar los componentes biológicos, psicológicos y sociales de la salud, en un campo de acción coherente, tanto desde las ciencias de la salud como de las políticas sanitarias. Y, a esa integración parece responder la ruta de atención PAPSIVI en la que la salud integral y la atención psicosocial, se supone, se materializarían en planes de atención y atención psicosocial individual, familiar y comunitaria (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2013), en los cuales la práctica laboral de profesionales de la salud se configura no solo para la asistencia en la enfermedad, sino también en una atención psicosocial que tenga en cuenta el contexto, la historia y demás dimensiones del bienestar individual, familiar y colectivo.

Es aquí en donde con la investigación se devela las brechas entre las directrices de las normas y los resultados que se espera, además de las contradicciones entre quienes las aplican. En primer lugar, las víctimas afirman desconocer las rutas de salud integral y atención psicosocial. La ruta de atención en salud hace relación al derecho al acceso y calidad de la atención en salud y, la atención psicosocial al daño y afectaciones psicológicas y sociales desencadenadas por el hecho victimizante, señaladas en el PAPSIVI. Para las víctimas del conflicto armado en Bogotá, los problemas más relevantes son los de salud mental, la pérdida de la estabilidad psicosocial, la alimentación y, en menor grado, otras alteraciones puntuales (Mogollón, Vázquez y García, 2003). Cabe señalar que la evaluación inicial del PAPSIVI revela que la cobertura de atención psicosocial es baja (1 de cada 20 personas) y que se ha concentrado en las zonas de mayor número de víctimas como Nariño, Valle del Cauca y Córdoba (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Al desconocimiento de las rutas de atención, se suma la búsqueda de una atención en salud que no se equipara con las necesidades de las personas y su bienestar; incluso, ni con la posibilidad de exigir la operacionalización de las normas dictadas en su beneficio, con el fin de que puedan disfrutarlas. Este desconocimiento también es expresado por parte de algunos funcionarios, quienes, a pesar de señalar la pertinencia de una 'buena atención' a ese grupo de población, en reconocimiento por las dimensiones de los eventos de salud desencadenados por la experiencia vivida, indican la existencia de diferencias y exclusiones similares a las que se da en la atención a pacientes de régimen subsidiado, comparado con el contributivo.

Lo anterior es consecuente con el estudio realizado por Recalde (2016), en el cual hace referencia al desconocimiento de las rutas de atención y

la falta de capacitación al personal de salud y a las víctimas del conflicto armado, debido a barreras institucionales e individuales. En este estudio cobran mayor relevancia las barreras institucionales, por cuanto parte de la problemática lleva al desconocimiento y aplicación de las rutas de atención a las víctimas del conflicto armado (Recalde, 2016).

La falta de capacitación del personal de salud sobre los efectos de la norma es una de las razones por las que no se proporciona atención diferenciada, lo cual agudiza la precariedad de la atención, dada la insuficiencia de personal y la inestabilidad de los funcionarios vinculados a los procesos de atención a este grupo poblacional. El desconocimiento de las leyes y rutas de atención para las víctimas del conflicto armado ocasiona que éstas se conviertan en tres veces víctimas: del conflicto y la guerra, cuando son despojados de sus tierras, de la sociedad cuando son estigmatizados como integrantes de grupos al margen de la ley y, por el Estado, cuando se les incumple y no se les atiende, como lo tiene establecido la Ley 1448 de 2011. A este desconocimiento se ha sumado obstáculos propios del sistema de salud, como la deficiente identificación de los usuarios, la confiabilidad de las bases de datos, la movilidad de la población, el desconocimiento de sus derechos y la continuidad y/o afiliación al SGSSS (Moreno, 2010).

Conjuntamente, hacia el año 2020, con la evaluación inicial del programa, aunque se ha logrado una alta cobertura de afiliación al sistema, la alta rotación de personal y la falta de procesos de capacitación continuada a prestadores, limitan las posibilidades de ampliación de la cobertura efectiva del componente de atención psicosocial.

Contrario a esta percepción es lo que expresan algunos miembros del personal médico consultado; consideran que las IPS proporcionan atención integral en los diferentes niveles de atención y especialidades médicas; se pone en juego una vez más el modelo biomédico que predomina en el ejercicio de la atención, privilegiando el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades sintomáticas (Echeverry-Raad, 2003), con descuido de las necesidades y enfermedades desencadenadas por el proceso violento vivido en el conflicto armado. Sin embargo, no es solo este modelo biomédico imperante, una limitante en la atención integral que, se supone, será brindada a este grupo poblacional; Moreno y Díaz (2016) señalan que es común encontrar que los procesos 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 víctimas de la violencia y donde la desconfianza es una variable a considerar.

Si bien el enfoque psicosocial definido por el Ministerio de Salud y Protección Social (2017) parte de reconocer los impactos psicosociales de la violación de los derechos en el contexto de la violencia y el desplazamiento

en Colombia, y se considera una línea transversal en la atención a las personas, grupos y comunidades, la situación de abandono de las víctimas del conflicto armado por parte del sistema de salud se mantiene. Bohada (2010) había señalado, desde el año 2004 que, si bien la ruta de atención está definida y el gobierno nacional y los gobiernos locales han logrado algunos efectos en las condiciones de vida de las víctimas, la situación es crítica y la política pública sigue enfrentando serios retos para asegurar el goce de sus derechos y superar el estado de cosas inconstitucional declarado en la Sentencia T-025 de 2004. Aunque la evaluación del PAPSIVI efectuada en 2019 identifica avances en el desempeño de las competencias del sector salud para con las víctimas, como la cobertura de aseguramiento y los resultados de las personas que han accedido al componente de atención psicosocial, se requiere el fortalecimiento del programa tanto desde su infraestructura y en talento humano, como en el desarrollo de capacidades para lograr los resultados e impactos esperados con la implementación efectiva de la normatividad vigente.

6. Conclusiones

La población que participó en el estudio son, en su mayoría, mujeres que han asumido el papel de cabeza de familia después de vivir el desplazamiento forzado. Dentro de las características poblacionales, la edad está 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 bachillerato, para tener la oportunidad de avanzar en estudios de educación superior.

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 decreta brindar la atención en salud con enfoque diferencial a toda población víctima de conflicto armado o en situaciones especiales, no se cumple a cabalidad, dado el 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 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 las rutas de atención integral en salud y atención psicosocial a víctimas del conflicto armado por parte del personal de salud y las personas que atienden en las instituciones involucradas en la atención del desplazado, impide brindar una atención acorde a lo establecido en las leyes 1751 de 2015, 1438 de 2011 y 1448 de 2011, donde se estableció 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 sobre sus derechos y de las normas que los protegen, es un obstáculo para que puedan exigir sus derechos, especialmente en lo referente a su atención en salud integral por parte de las instituciones y el personal que debe 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.

7. Conflicto de intereses

La autora del artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses del trabajo presentado.

Referencias

- Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2010). Nariño: Análisis de la conflictividad. https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/00058220_Analisis%20conflictividad%20Nari%C3%B1o%20PDF.pdf
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (2004). *Balance de la política pública de prevención, protección y atención al desplazamiento interno forzado en Colombia, agosto 2002 - agosto 2004*. UNHCR y ACNUR.
- Bohada, M. (2010). Desplazamiento forzado y condiciones de vida de las comunidades de destino: El caso de Pasto, Nariño. *Revista de Economía Institucional*. 12 (23), 259-298.
- Castrillón-Guerrero, L., Riveros, V., Knudsen, M.L., López, W., Correa-Chica, A. y Polanco, J.G. (2018). Comprensiones de perdón, reconciliación y justicia en víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/30243>
- Charry-Lozano, L. (2016). Impactos psicológicos y psicosociales en víctimas sobrevivientes de masacre selectiva en el marco del conflicto suroccidente colombiano en el año 2011. *Colombia Forense*, 3(2), 53-62. <http://dx.doi.org/10.16925/cf.v3i2.1756>



- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993 “por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dicta otras disposiciones”. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1448 de junio 10 “por la cual se dicta medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y otras disposiciones”. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/ley-1448-de-2011/13653>
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015 “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dicta otras disposiciones” https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (2004). Sentencia T-025 del 22 de enero. [M.P. Manuel José Cepeda Espinoza]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>
- Echeverry-Raad, J. (2003). Definiendo Enfermedad: El modelo, sus limitaciones e implicaciones para la práctica médica. *Revista Colombiana de Neumología*, 15(2), 69-81.
- Flick, U. (2014). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata, S.L.
- Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC), & Norwegian Refugee Council. (2009). *Internal displacement: global overview of trends and developments in 2008*. IDCM and Norwegian Refugee Council
- Madariaga, C. (2008). Interculturalidad, salud y derechos humanos: hacia un cambio epistemológico. *Reflexión*, 36, 15-19.
- Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993 “por la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública. <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2013). Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas - PAPSIVI. https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Resumen Ejecutivo Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - PAPSIVI FASE I*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/resumen-ejecutivo-fasel-eval-papsivi.pdf>
- Mogollón, A.S., Vázquez, M. y García, M. (2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 257-266.
- Moreno, G.A. (2010). La población desplazada y su derecho a la salud. *Investigaciones Andina*, 12(20), 5-6.
- Moreno, M.A. y Díaz, M.E. (2016). Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *El Ágora USB*, 16(1), 193-213.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud
- Presidencia de la República de Colombia. (2011). Decreto 4800 de diciembre 20, “por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dicta otras disposiciones”. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2015/10186.pdf>
- Recalde, G. (2016). 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*, (20), 123-142. <https://doi.org/10.18046/recs.i20.2145>
- Restrepo, M. (2012). *Salud mental y desplazamiento forzado*. Editorial Universidad del Rosario.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.

Contribución

María Ider Casanova Burbano: Investigadora principal. Organización y Procesamiento de datos, recolección de información, Redacción del manuscrito, consolidación de referencias, Análisis e interpretación de los resultados. Escritura de la discusión, revisión crítica del artículo. Obtención de conclusiones y recomendaciones. En coordinación con la Asesora del Trabajo de Investigación.