



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**REALIDADES Y RETOS DEL ACCESO A LA
SALUD DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL
CONFLICTO ARMADO BENEFICIARIA DEL
PROGRAMA TEJIENDO ESPERANZAS DEL
CENTRO DIGNIFICAR DE CHAPINERO,
NARRATIVA DE LAS VÍCTIMAS**

María del Pilar Lozano Gómez

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá D.C, Colombia

2018

REALIDADES Y RETOS DEL ACCESO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO BENEFICIARIA DEL PROGRAMA TEJIENDO ESPERANZAS DEL CENTRO DIGNIFICAR DE CHAPINERO, NARRATIVA DE LAS VÍCTIMAS

María del Pilar Lozano Gómez

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título
de:

Magister en Salud Pública

Director (a):

Zulma Consuelo Urrego Mendoza – Médica Psiquiatra PhD en Salud Pública

Línea de Investigación:

Conflicto Armado y Salud

Grupo de Investigación:

Violencia y Salud

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2018

A las personas que en algún momento del camino tuvieron que huir para preservar su vida... dedicada a sus voces...

Agradecimientos

Esta historia empezó hace unos años atrás, cuando por fortuna mi trabajo me llevó al Urabá Antioqueño, al nudo del paramillo en Córdoba, a la selva del Chocó y otra cantidad de lugares en la geografía colombiana a ver y sentir de cerca las oscuras consecuencias de la guerra, en unas comunidades que lo único que querían era seguir viviendo en su territorio sin más necesidad que la tranquilidad...

Desde entonces han sido muchos los ires y venires para la obtención de este trabajo, por el cual agradezco inmensamente a mi familia por su apoyo, comprensión y el tiempo del que los privé, especialmente a mi madre por su tiempo y gran apoyo administrativo en la U.N, a William Jiménez por sus reflexiones en torno al tema y el ánimo que me dio en cada paso, a Carolina Rodríguez amiga de la infancia, por su lectura profunda y aportes desde su saber cómo trabajadora social.

Agradecimiento infinito a cada una de las personas que me contaron desde lo profundo de sus vivencias lo que sentían y percibían de un sistema de salud que no ha sido del todo benévolo en su condición de víctimas del conflicto armado.

A mi profesora Zulma Urrego, directora de esta tesis por su dedicación y cada palabra de ánimo frente a las adversidades.

A todos los que en el algún momento se cruzaron en la elaboración de este trabajo ¡gracias totales!

Resumen

En el marco del Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado interno en Colombia (PAPSIVI) liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social y normado por la Ley 1448 de 2011, está contemplado intervenir en el restablecimiento de las condiciones físicas, mentales y psicosociales de la población como consecuencia de los hechos ocurridos a causa del conflicto.

Dentro de sus principales objetivos se encuentra garantizar la atención psicosocial y la atención integral en salud física y mental con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado colombiano y, establecer los mecanismos que permitan la asistencia integral en salud con enfoque psicosocial, dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Con base en lo anterior, y teniendo en cuenta la experiencia directa adquirida durante el primer año de implementación del PAPSIVI en el Distrito Capital (2013), se ha tenido conocimiento de diversas situaciones que no permiten el cumplimiento de dichos objetivos a cabalidad; partiendo de la realidad de las personas víctimas del conflicto armado y sus vivencias y experiencias en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Como principal objetivo, este estudio pretende conocer las barreras de acceso a la salud vivenciadas en su cotidianidad por la población víctima del conflicto armado beneficiaria del programa de atención primaria en salud con enfoque psicosocial Tejiendo Esperanzas del centro Dignificar Chapinero *durante el año 2016*, a través de una metodología cualitativa de corte fenomenológico que permita adentrarse en la percepción que tiene esta población que vive en Bogotá acerca del acceso a los servicios de salud.

Al analizar las barreras de acceso a los servicios de salud de las personas víctimas de conflicto armado, se identificó la persistencia de las barreras geográficas, económicas y culturales; siendo las barreras administrativas las más frecuentes, no solo por los trámites internos, o la disponibilidad de atención, sino que, con gran preocupación, se evidencia la

falta de atención en el marco del respeto y de la dignidad humana percibidas por la población participante en el estudio.

Palabras clave: salud, conflicto armado, víctimas, atención en salud, barreras de acceso.

Abstract

Within the framework of the Program of psychosocial and comprehensive health care for victims of the internal armed conflict in Colombia (PAPSIVI) led by the Ministry of Health and Social Protection and regulated by Law 1448 of 2011, intervention in the restoration of physical conditions is envisaged, mental and psychosocial of the population as a result of the events that occurred because of the conflict.

Among its main objectives is to ensure psychosocial care and comprehensive physical and mental health care with a psychosocial approach to the victims of the Colombian armed conflict and to establish mechanisms that allow comprehensive health assistance with a psychosocial approach, within the framework of the General System of Social Security in Health.

Based on the foregoing, and taking into account the direct experience acquired during the first year of implementation of the PAPSIVI in the Capital District, we have been aware of various situations that do not allow the fulfillment of said objectives fully; starting from the reality of the victims of the armed conflict and their experiences and experiences in the General System of Social Security in Health.

As the main objective, this study aims to understand the barriers to access to health experienced in their daily lives by the population victim of the armed conflict benefiting from the program of primary health care with a psychosocial approach. Tejiendo Esperanzas from the Dignificar Chapinero center during 2016, through of a qualitative methodology of phenomenological cut that allows to penetrate in the perception that this population that lives in Bogota has about access to health services.

When analyzing the barriers to access to health services for people victims of armed conflict, the persistence of geographical, economic and cultural barriers was identified; administrative barriers being the most frequent, not only due to internal procedures, or the availability of care, but also, with great concern, the lack of attention within the framework of respect and human dignity perceived by the population participating in the study.

Keywords: Health, armed conflict, victims, health care, access barriers

Contenido

1. Marco Contextual	11
1.1 Antecedentes del conflicto armado en Colombia	11
1.1.1 Definición de víctima del conflicto armado	21
1.1.2 Víctimas del conflicto armado en Bogotá	27
1.2 Enfoque diferencial.....	29
1.2.1 Colombia pluriétnica y multicultural.....	31
1.2.2 Conflicto Armado y enfoque diferencial.....	32
1.3 Salud y Acceso a los Servicios de Salud	35
1.3.1 Salud y Salud Pública	35
1.3.2 Acceso a los servicios de salud	37
1.3.3 Acceso a los servicios de salud en la lógica de justicia social y el derecho a la salud	39
1.3.4 Barreras de acceso a los servicios de salud	41
1.3.5 Antecedentes legislativos y normativos del acceso a la salud para las víctimas del conflicto armado	44
1.3.6 Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI)	58
1.4. LOS CENTROS DIGNIFICAR Y EL PROYECTO TEJIENDO ESPERANZAS...62	
2. Metodología	65
2.1 Generalidades.....	65
2.1.1 Tipo y diseño general del estudio	68
2.1.2 Categorías de análisis	69
2.1.3 Población y muestra (participantes).....	70
2.1.4 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos	71
2.2 Aspectos éticos	72
2.3 Plan de análisis de los resultados	74
3. Análisis de resultados	77
3.1 Características poblacionales.....	77
3.2 Características de ubicación geográfica	78
3.3 Barreras de acceso	78
3.3.1 Geográficas	79
3.3.2 Económicas	80
3.3.3 Administrativas	82
3.3.4 Culturales	87
3.3.5 Categorías emergentes	89
3.3.6 Las Realidades.....	93
3.3.7 Los Retos, qué le piden las víctimas al sistema.	94
3.4 Lo común y lo singular en la percepción de las barreras de acceso	97
4. Discusión	100
5. Conclusiones y recomendaciones.....	111
5.1 Conclusiones.....	111
5.2 Recomendaciones.....	114

6. Bibliografía	117
7. ANEXOS	124

Introducción

El conflicto armado interno que vive Colombia desde hace más de cinco décadas ha traído como consecuencia la migración de personas, familias y colectivos, desde sus territorios de origen hacia las ciudades. De acuerdo con la información reportada por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) a octubre de 2015 se encontraban registradas 7'558.935 personas víctimas del conflicto armado en el país; en datos más recientes, para el año 2018 la Unidad reporta 8.768.057 al primer día del mes de noviembre. (Red Nacional de Información, 2018).

Como para el resto del país, para el caso del Distrito Capital, esta población ha venido en aumento dado la agudización del conflicto en el transcurso de los últimos años, en concordancia con esto, el Distrito Capital registró 631.206 personas víctimas de conflicto armado al 2015 (Red Nacional de Información, 2015).

Sin embargo, después de la firma del acuerdo de paz en 2016 con la guerrilla de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), las cifras siguen en leve aumento, teniendo en cuenta que el conflicto sigue activo con el Ejército de Liberación Nacional (ELN) y bandas criminales. Después de Antioquia, Bogotá es el segundo ente territorial receptor de población víctima del conflicto armado en el país, según lo reporta el Registro Único de Víctimas (RUV). A julio de 2017 Bogotá recibió 728.542 declaraciones de víctimas del conflicto armado según lo reporta la Red Nacional de Información (RNI), (Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, 2017). De estas, residen en el Distrito Capital 352.873 personas (RNI-RUV, a 1 de enero de 2018).

Dadas las dinámicas del conflicto armado interno, las condiciones de salud con las que llegan las personas víctimas a la ciudad de Bogotá, y las condiciones en las que se asientan en las diferentes localidades del Distrito, se ha reconocido este como un problema de salud pública que ha comenzado a tener mayor visibilización en los últimos 4 años. Con respecto a esto, algunos autores como Zwi, Ugalde & Richards (2006) establecen que “los conflictos armados y la violencia política, son un importante problema en salud pública, no sólo por la muerte y discapacidad que causan, sino por su larga duración y la magnitud de los efectos indirectos sobre la salud y el bienestar de individuos, familias y comunidades”.

Con base en lo expuesto por Zwi, Ugalde & Richards, el Instituto Nacional de Salud y el Observatorio Nacional (2017) menciona que “a pesar de las devastadoras consecuencias de la guerra en la salud, el estudio de sus efectos en la salud pública, no ha recibido la atención necesaria por parte de investigadores y políticos, como si lo han recibido otras causas de enfermedad y muerte, cuyas consecuencias son de menor magnitud”.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación también pretende que la identificación y reconocimiento de las barreras de acceso a los servicios de salud de las víctimas del conflicto armado residentes en Bogotá, constituya un elemento fundamental en el reconocimiento de las afectaciones del conflicto en la salud en Colombia, no solamente de las afectaciones directas en las zonas de conflicto, si no en ciudades que como Bogotá son receptoras y cuya infraestructura, políticas de salud y recurso humano no están preparadas totalmente para dar respuesta a la situación de la población víctima, lo que resulta en una vulneración de sus derechos cuando van a solicitar atención en salud.

En Colombia es deber y responsabilidad de los entes territoriales implementar la Ley de víctimas y restitución de tierras, Ley 1448 de 2011, la cual establece las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno, que incluyen medidas de atención integral en salud y atención psicosocial y que estarán a cargo del sector salud, lideradas por el Ministerio de Salud y la Protección Social, mediante el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado Interno en Colombia (PAPSIVI), que para el caso de Bogotá el marco del plan territorial de salud 2012-2016 era responsabilidad de la secretaría Distrital de Salud a través de la implementación del proyecto “*Tejiendo Esperanzas*”.

La actual administración, en el marco del Plan de Desarrollo del Distrito, *“Bogotá Mejor Para Todos 2016 – 2020”* estableció el Plan de Acción Distrital (PAD) para la implementación de la Política Pública de Prevención, Protección, Asistencia, Atención y Reparación Integral a la población Víctima que actualmente reside en la ciudad de Bogotá. Este plan incluye actividades, indicadores, responsables, metas y recursos destinados a la implementación de la política en los diferentes ámbitos distritales, de forma intersectorial con el fin de definir y acordar las acciones y la hoja de ruta para atender de forma coordinada, priorizada y focalizada a la población víctima del conflicto residente en Bogotá durante la actual administración distrital, en busca del avance hacia la superación de su situación vulnerabilidad, reparación integral y goce efectivo de derechos de las víctimas, en concordancia con la normatividad vigente.

Con respecto a la atención a víctimas del conflicto armado en el marco del nuevo modelo de salud para el Distrito Capital, los proyectos de inversión, citados textualmente, son:

Proyecto 1184: Aseguramiento Social Universal en salud: Su objetivo es garantizar el aseguramiento universal de la población del régimen subsidiado al Sistema de Seguridad Social en Salud-SGSSS, de acuerdo con la normatividad vigente

Proyecto 1185: Atención a la población pobre no asegurada (PPNA) Vinculados y no POS – S. Tiene como objetivo garantizar las condiciones necesarias para la atención de la Población Pobre No Asegurada Vinculada y las atenciones No POS a la población del régimen subsidiado del Distrito Capital, asegurando el acceso efectivo a los servicios de salud, en las Subredes Integradas en Salud y Red Complementaria, con subsidio del 100%. lo cual responde a la Garantía del Derecho a la Salud de toda la población no asegurada en el Distrito Capital, incluida la población víctima del conflicto armado.

Proyecto 1186: Atención Integral en Salud. “Este busca establecer el desarrollo de las acciones para la gestión de la salud pública y la operación del Plan de Intervenciones Colectivas en el contexto de la salud urbana bajo el modelo de atención integral en salud basado en la Atención Primaria en Salud Resolutiva y la gestión compartida del riesgo, favoreciendo la atención integral en salud de acuerdo con la Ley 1448 de 2011, y el decreto reglamentario 4800 de 2011 se integra la respuesta de atención psicosocial con enfoque diferencial dirigida a la población víctima de conflicto armado.

Proyecto 1192: Fortalecimiento de la institucionalidad, Gobernanza y Rectoría en Salud. Este le brindará a la Secretaría Distrital de Salud una posición de liderazgo en la formulación e implementación de políticas públicas con enfoque de determinantes sociales y salud urbana en el Distrito Capital. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2016).

El Proyecto 1186 *Atención Integral en Salud* se implementa en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas, dimensión convivencia social y salud mental del plan decenal de salud pública, dando respuesta a la estrategia ‘implementación de un modelo intersectorial de atención psicosocial a víctimas de conflicto armado’; en este sentido, en el marco del modelo de atención integral en salud a través del espacio vivienda, dada la articulación con la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación (ACDVPR) en los Centros Locales de Atención a Víctimas de Conflicto Armado, se configura la atención psicosocial como medida de rehabilitación y de aporte a la reparación integral, lo que anteriormente se denominaba proyecto ‘Tejiendo Esperanzas’ en el cual fueron atendidas las personas participantes en esta investigación.

El PAPSIVI establece las actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en dos componentes prioritarios,

la atención integral en salud y la atención psicosocial; en cuanto al primer componente, indica que corresponde a actividades esenciales para satisfacer las necesidades de salud de la población beneficiaria y que son brindadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) e incluyen la totalidad de las actividades, intervenciones y procedimientos en sus componentes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que permitirá a la población afectada recuperar su integridad física, emocional y psicológica, para lo cual plantea una ruta para la atención en salud (Ministerio de Salud).

Según el reporte de caracterización víctimas del conflicto armado del año 2014, el cual presenta información proveniente del Registro Único de Afiliados (RUAF) del Ministerio de Salud (2014), en Bogotá, 112.398 personas víctimas del conflicto armado se encontraban afiliadas al régimen subsidiado, 65.593 al contributivo y 380 a regímenes de excepción. De acuerdo a datos actualizados obtenidos de la caracterización de la población víctimas de conflicto armado residente en Bogotá realizada por el Distrito para el planteamiento de PAD 2016-2020, se encontró que, con corte a agosto 31 de 2017 en Bogotá, un total de 120.988 personas víctimas se encontraban afiliadas al Régimen Subsidiado, y 200.175 al Régimen Contributivo (Secretaría Distrital de Salud, 2017).

Sin embargo, el acceso en salud no está dado solamente por la pertenencia o inscripción a una Entidad Administradora de Plan de Beneficios (EAPB), el acceso en salud está dado en términos de oportunidad y real atención a los servicios de salud, que muchas veces no se ven reflejados en informes ni boletines de las entidades a cargo de los temas de salud en el distrito.

Para el Estado colombiano y para el Distrito Capital, la población víctima del conflicto armado es una de las más vulnerables del territorio en cuanto a temas de salud y de orden social. Sin embargo, esta preocupación que se ve claramente reflejada en la implementación y seguimiento de las políticas existentes enfocadas a la atención de esta

población, no ha sido ampliamente analizada en el ámbito de la prestación de servicios de salud, se tienen datos cerrados aportados por los sistemas de información.

Basado en los datos reportados por el Registro Único de Víctimas entre 1985 y 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social en septiembre de 2018 presenta información relevante a través de la “Sala situacional de la Población Víctima del Conflicto Armado en Colombia”, en la cual a partir de estadísticas del 2016 analiza la dinámica de la atención en salud a dicha población en todo el país, reportando que se atendieron 2.811.417 personas víctimas de conflicto armado en ámbitos como consultas, urgencias, hospitalizaciones y procedimientos en salud, lo que para ellos representa atención al 37% de la personas registradas en el RUV.

Para el caso de Bogotá el concejo de la ciudad el 10 de abril de 2019 presenta en su página web el Balance de la atención y reparación a las víctimas del conflicto armado donde se expone que desde el Distrito en materia de salud se ha logrado una cobertura en salud del 70% y del 87% en acceso a salud, adicionalmente reporta un cubrimiento del 2,5% de la población víctima con respecto a la atención psicosocial.

Durante los últimos 10 años, se han generado estudios sobre acceso a los servicios de salud en el nivel nacional y local, los cuales si bien han hecho valiosos aportes en cuanto a identificación de barreras de acceso en salud, no han desarrollado ampliamente las manifestaciones del sentir y la percepción de las personas con respecto a su condición y situación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través de sus propias vivencias y específicamente en la población víctima del conflicto armado (narrativas).

Con el fin de obtener una visión amplia y actual con respecto al Programa de Atención Psicosocial y salud Integral a víctimas del conflicto armado, se hizo una revisión en las bases de datos contenidas en Bireme y PubMed sobre el tema de estudio, sin embargo solo se encontraron 3 referencias, que resultaron corresponder a un mismo artículo, el cual

aunque referido a personas usuarias del PAPSIVI no tenía relación directa con el objeto de estudio de esta tesis; a continuación, se decidió hacer una búsqueda en Google Scholar, la cual dio respuesta a las necesidades de identificación de antecedentes de investigación sobre el PAPSIVI, ofreciendo múltiples artículos y documentos que incluían diversos aspectos de este programa. (ANEXO D).

En la revisión de dichos estudios en torno al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a víctimas del conflicto armado, se trabajaron aspectos relativos a la atención en salud por el PAPSIVI, sin embargo ninguno de esos artículos o investigaciones describían o analizaban el tema la presente tesis desde la misma metodología que aquí se emplea; en concreto, solo uno de los documentos tenía como tema el acceso a servicios de salud para víctimas del conflicto armado, pero se trataba de una muy pequeña revisión narrativa de literatura publicada antes de 2016 (Lorena Ramírez Cardona, 2016); y ninguno de los documentos recuperados abordaba como foco central el problema de las barreras de acceso a los servicios de salud desde una perspectiva narrativa, como se propone el presente trabajo; lo cual refuerza su pertinencia a la fecha, ofreciendo una lectura al respecto desde información recolectada con personas víctimas del conflicto armado que tuvieron contacto con ese programa en el año 2016.

En este sentido, el planteamiento del problema se da a partir de la siguiente pregunta orientadora: *¿cómo perciben las personas víctimas del conflicto armado el acceso a los servicios de salud y sus barreras en la ciudad de Bogotá?*

La realización de este proyecto responde a inquietudes y necesidades conocidas y evidenciadas en la práctica, teniendo en cuenta que el desarrollo profesional que la autora ha tenido como enfermera, se ha dado en contextos difíciles en cuanto a acceso geográfico, necesidades básicas insatisfechas, población vulnerable y en medio del conflicto armado colombiano, especialmente en comunidades indígenas del alto y bajo Atrato.

Esto ha llevado a centrar el interés de la autora en asuntos que involucran a la población víctima del conflicto armado, en lo que tiene que ver con políticas en salud, de atención y de mantenimiento de su salud; por tanto, hay un especial gusto por indagar acerca de la percepción que tienen las personas directamente afectadas, en cuanto a las barreras de acceso a los servicios de salud, y cómo estas han afectado su bienestar, en su proceso de asentamiento en la ciudad de Bogotá.

El desarrollo de este trabajo parte entonces de la comprensión del conflicto armado como un problema de salud pública que permea la implementación de la normativa, en cuanto a la atención de las víctimas de conflicto armado que viven en Bogotá, como resultado del desplazamiento; lo anterior, entendiendo que aunque las personas existen como datos en los registros oficiales, pocas veces se les pregunta sobre sus vivencias en el sistema de salud; ante ello, este trabajo reconoce la importancia de legitimar y reivindicar sus percepciones y sentires, dado que son ellos quienes viven las situaciones de acceso desde su condición de víctimas y sujetos de derechos que han sido vulnerados sistemáticamente desde sus territorios, de modo diferencial a lo vivenciado por el ciudadano “normal”; como seres sentipensantes (Borda, 2015), no solo como sujetos de atención en el sistema.

El **Objetivo general** de este estudio pretende conocer las barreras de acceso a la salud vivenciadas en su cotidianidad por la población víctima del conflicto armado beneficiaria del “programa de atención primaria en salud con enfoque psicosocial Tejiendo Esperanzas del centro Dignificar Chapinero” durante el año 2016, a través de una metodología cualitativa que permita adentrarse en la percepción que tiene esta población que vive en Bogotá acerca del acceso a los servicios de salud.

Como **objetivos específicos** se plantean:

- Reconocer la importancia de las narrativas de las personas víctimas del conflicto armado con respecto al acceso a los servicios de salud y sus barreras en el distrito
- Identificar las barreras de acceso a la salud percibidas por los usuarios víctimas del conflicto armado

- Describir la situación de barreras de acceso a la salud de la población víctima del conflicto armado a partir de sus narrativas y experiencias

La estructura del documento está dividida en 3 capítulos, en el primero se presenta un marco contextual de la situación del conflicto armado en Colombia y del acceso a los servicios de salud, nutrido por los antecedentes del conflicto en el país, definiciones de conflicto armado y condición de víctima de acuerdo a lo establecido en la legislación, enfoque diferencial, acceso a los servicios de salud y sus antecedentes normativos en el caso de las víctimas del conflicto y finalmente la implementación del programa de atención psicosocial y salud integral para esta población.

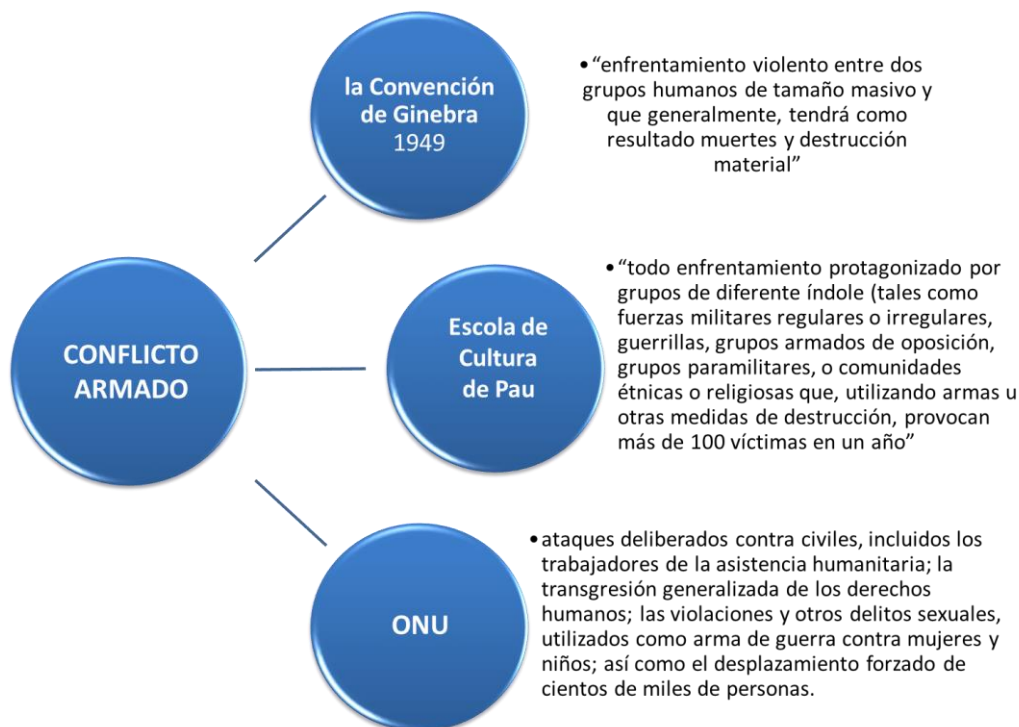
El segundo capítulo desarrolla la metodología de tipo cualitativo con un enfoque fenomenológico, el cual analiza los hallazgos con base en el análisis de narrativas a partir del método de Colaizzi, para lo cual se contextualiza y se describe el método con el fin de dar mayor entendimiento al plan de análisis que busca evidenciar las percepciones y sentires de la cotidianidad de la población víctima del conflicto armado que reside en Bogotá en cuanto a su acceso a los servicios de salud ofertados por la ciudad, su calidad, oportunidad y accesibilidad.

En el tercer capítulo se plantea la discusión, conclusión y recomendaciones, con base en los hallazgos, de acuerdo con las manifestaciones y discursos de los participantes en cuanto al acceso a los servicios de salud en el Distrito Capital y lo planteado en la normativa vigente con respecto al tema y contrastando los hallazgos con las revisiones realizadas previo al inicio de la presente investigación.

1.Marco Contextual

1.1 Antecedentes del conflicto armado en Colombia

Para comenzar a hablar del conflicto en Colombia es importante saber que se entiende por conflicto y que se entiende en el mundo por conflicto, para lo cual se hizo una revisión conceptual, de la que se tomaron 3 conceptos básicos dentro de lo que se entiende en el marco del sistema de Naciones Unidas por conflicto y un concepto importante establecido por la Escola de Cultura de Pau en su *Informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de paz*. 2005 dicha conceptualización se presenta a continuación:



Elaboración propia

El conflicto armado en Colombia se originó como respuesta a las marcadas desigualdades económicas, políticas y sociales que se vivían en un territorio históricamente vulnerado a causa de la colonización y la distribución de la tierra, según Molano (2015) “el conflicto armado comienza con la Violencia. Y la Violencia está asociada a dos factores originarios que se influyen mutuamente: el control sobre la tierra y sobre el Estado”; es así, como frente a dichas problemáticas, las diversas posiciones políticas e ideológicas generan planteamientos y acciones que desde allí resultan acordes a una perspectiva particular, permitiendo la resolución o permanencia en la situación de conflicto, como lo afirma Fajardo (2015, Pág. 18), “la relevancia de los factores políticos e ideológicos presentes en la confrontación armada amerita atención especial dentro de los factores que han incidido, tanto en las primeras manifestaciones del conflicto como en su persistencia”.

Para el caso colombiano, se pueden identificar los inicios del conflicto como resultado histórico de la confrontación bipartidista entre liberales y conservadores, reconocida por los historiadores como una de las mayores guerras del siglo XIX:

La mayor confrontación del siglo XIX ocurre al finalizar el siglo, durante la llamada Guerra de los Mil Días, que se inicia 1899 y termina en 1903. Esta guerra enfrentó a los liberales contra el gobierno conservador y fue para la gran mayoría de los historiadores, la más desastrosa de las guerras civiles en Colombia en términos de pérdida de vidas humanas y daños a la economía (Torres, Díaz y Prada, 2003, Pág.4).

Una vez finalizada esta guerra, el país se encontraba en aparente calma, recuperándose de los catastróficos efectos; sin embargo, las discrepancias entre los partidos políticos tradicionales sobre la propiedad de la tierra, los avances en la colonización, las relaciones laborales, así como las realidades de la ciudadanía en los territorios, acrecentaron la polarización latente y fortalecida entre terratenientes, colonos, campesinos, indígenas, empresarios y trabajadores.

Algunos de los efectos visibles se encuentran en las políticas de represión del gobierno conservador, que desde el fin de la guerra de los Mil días ostentaba el poder, entre ellos, la Masacre de Inza en 1916 donde:

La República ordenó la repartición de los Resguardos para «hacer de los indios hombres libres en pie de igualdad con todos los demás ciudadanos», pero en realidad fue un medio para despojarlos de las tierras y convertirlos en terrazgueros, el mecanismo clásico de despojo para «liberar la mano de obra y ponerla a trabajar en condiciones serviles (Molano, 2015, Pág. 5).

Y la Masacre de los trabajadores de las bananeras, quienes en 1928 registraban la primera huelga masiva exigiendo condiciones dignas de trabajo a la United Fruit Company “hasta que la infame masacre de trabajadores, ejecutada por el ejército de Colombia, llevó al movimiento a un trágico desenlace” (Legran & Margarita, 1983, Pág. 244); entre otros ejercicios represivos por parte de la fuerza estatal.

En ese contexto de puja por el poder, el partido conservador buscó apoyo en la iglesia católica, el partido liberal apoyó las luchas agrarias y al campesinado; así también lo hizo el partido comunista colombiano, el cual para 1930 ya se encontraba consolidado y:

De tal suerte que armas, presupuesto nacional, ideología y tierra, es decir, todas las formas de lucha, se convirtieron en la mezcla explosiva que llamamos La Violencia –1925 y 1955–. Gaitán representó las aspiraciones populares y Laureano Gómez las del Establecimiento. Entre esas fuerzas el choque era inevitable (Molano, 2015, Pág. 1).

La muerte de Gaitán en 1948 impacta en las dinámicas de confrontación y violencia en el territorio Nacional, marcando una fecha histórica en la que, frente a un país, moría el candidato presidencial a quien se le denominó el *caudillo del pueblo*.

Gilberto Vieira reconocido como uno de los primeros comunistas en Latinoamérica, en entrevista publicada en 1988, relata que entre los años 1949 a 1953 se inicia la expansión de lo que se conoció como guerrillas liberales, sin embargo, el movimiento se construyó sobre la base de autodefensas campesinas, inicialmente, como lo menciona Harnecker (1988) “los liberales se armaban en aquellas regiones para defender sus vidas y sus bienes de los conservadores que los mataban y les robaban lo que tenían” (Pág 5); en este contexto, en el territorio nacional se fueron extendiendo focos de enfrentamiento, algunas de las guerrillas se mantenían como liberales que reaccionaban a los ataques y en otras zonas del país, como Viotá y la zona sur del Tolima, las autodefensas campesinas eran comunistas. Vieira relata entonces, cómo entre los años 1950 a 1953 se dan a la tarea de coordinar las acciones entre las liberales y las comunistas, y se programa la primera Conferencia Nacional Guerrillera, con la participación de ambas líneas, se acuerda un programa de lucha concreto, el cual no se desarrolla a cabalidad, dado el golpe de Militar de Rojas Pinilla.

El 13 de junio de 1953, resultado del golpe de Estado dado por el General Rojas Pinilla, se inicia una tregua con quienes desistieran de la lucha armada, de manera que los guerrilleros liberales dejan los enfrentamientos y encuentran de alguna manera la posibilidad de alcanzar, a través de las propuestas del dictador, la retoma de la tierra y el ejercicio de sus libertades; para este momento, solo quedaban pequeños focos de guerrillas comunistas principalmente en la zona del sur del Tolima (Harnecker, 1988, Pág. 7).

Los jefes de los partidos tradicionales reconocen entonces estar ante la situación de un régimen dictatorial, dada la confrontación permanente bipartidista e histórica, por lo que deciden, de acuerdo con Harnecker (1988), “crear un nuevo sistema para gobernar juntos, pero no por pactos políticos, sino por mandato constitucional. Entonces conciben hacer un plebiscito para reformar la constitución del País y crear un nuevo sistema de gobierno que llamaron de responsabilidad compartida” (Pág. 9); durante lo que se conoció en el país como Frente Nacional, la participación tanto en el congreso, como en el propio gobierno, sería con la participación equilibrada de miembros de ambos partidos, así como se alternaría la gobernabilidad desde la Presidencia; de manera que se llevaron al mínimo los enfrentamientos hostiles entre los miembros de estos partidos, que por un intervalo de tiempo en la historia del habían cesado, tal como lo señala Salazar (2005) “entre 1957 y

1964 se produce un relativo descenso de la violencia” (Pág. 123), reconociendo este periodo de tiempo como violencia tardía.

En este contexto de aparente reducción de violencia en el territorio nacional, se genera un impacto de las dinámicas internacionales, por un lado la victoria de la Revolución Cubana, la cual brinda una percepción de esperanza para la conquista del poder de los sectores trabajadores, estudiantiles y campesinos; y por otro lado, la incidencia política y armamentista de los Estados Unidos quienes manifiestan alertas por las pequeñas células comunistas que se encontraban en el sur del Tolima, principalmente en Marquetalia; de manera que coordinan una operación bélica para ser perpetrada por las fuerzas estatales:

En 1964 en ejército emprende la llamada operación Marquetalia que poco después fija la fecha de nacimiento de la guerrilla de las FARC. El grupo existió en sus inicios como liga campesina agraria, y que se armó como autodefensa campesina desde 1948, pasará a dar origen a partir de esta operación Militar a lo que más tarde serán las FARC” (Salazar, 2005, Pág. 123).

Con el ataque a Marquetalia, no solo se da el inicio del grupo guerrillero, sino que además, se inicia el despliegue del movimiento a través de escuadrones móviles; pronto pasarían de ser un movimiento defensivo a uno ofensivo como respuesta a las políticas de represión del Estado.

Paralelamente, algunos jóvenes que venían de Cuba y habían visto el triunfo de la revolución, inician con otro movimiento que apuntaba a la reivindicación y conquista del poder a través de la lucha armada; así nace el grupo guerrillero Ejército de Liberación Nacional (ELN), con un movimiento base de estudiantes, a diferencia de las FARC que se conformaba principalmente por campesinos y peones agrícolas y se enmarcaba en la lucha de la tierra. Así, también las diferentes corrientes de ideología comunista fueron permeando nuevas iniciativas de movimientos; y nacen grupos como el Ejército Popular de Liberación (EPL) que se identificaban con las tendencias maoístas, atacando a quienes seguían la corriente de la unión Soviética (Harnecker, 1988).

Finalmente, en 1974 aparece el último movimiento guerrillero: el Movimiento 19 (M-19), nace el marco de una coyuntura histórica particular, el Frente Nacional llegaba a su fin, por lo que se realizan las primeras elecciones con múltiples actores políticos de diferentes partidos; el día de elecciones, la contienda de votos entre Rojas Pinilla quién había regresado al país en representación de un nuevo partido de Alianza Nacional Popular ANAPO, y de Pastrana Borrero como candidato de los conservadores, estaba reñida; una vez presentado uno de los últimos conteos parciales donde llevaba la delantera el candidato Rojas, intempestivamente hay un corte de luz, y al ser restablecida se anuncia como ganador de elecciones presidenciales a Misael Pastrana Borrero, por lo que el país entero habló de fraude electoral, causando gran indignación entre los votantes de Rojas Pinilla.

Cuando no se cumple con las expectativas despertadas entre quienes esperan ya sea un triunfo electoral dentro de la legalidad o un levantamiento armado, como fue el caso durante las elecciones del 19 de abril, movimientos como la ANAPO pueden desplomarse rápidamente por la frustración resultante. El fracaso condujo a la división de sus huestes y el 19 de abril se convirtió en un símbolo dentro del imaginario político que fue utilizado para justificar una reacción armada, dando lugar a la creación del M-19” (Gómez, 2010, Pág. 72).

Este movimiento insurgente contaba con participación de exmilitares anapistas, de manera que las acciones del grupo guerrillero mostraron mayor audacia y estrategia. El movimiento guerrillero de corte socialista, a diferencia de los otros movimientos, impactaron las ciudades; sus líderes eran académicos, políticos y estrategas por lo que los discursos populistas eran estructurados y generaban empatía, sin embargo, sus acciones bélicas eran de mayor repercusión civil y política.

Por otro lado, la incapacidad de contención por parte del Estado y las fuerzas armadas, del repliegue y crecimiento de las guerrillas y el control que estos grupos empiezan a ejercer en los territorios, así como:

La incapacidad del Estado para garantizar la seguridad individual ha llevado incluso, a que en algunas ocasiones voceros suyos hayan invitado a la población en general a organizar su propia defensa ya armarse para ello, como ocurrió en 1978, cuando el ministro de Defensa, general Luis Carlos Camacho Leyva, invitó a la ciudadanía a asumir su propia defensa (Melo, 1990, 13).

Aunque no es posible establecer los inicios de los movimientos del paramilitarismo, se pueden establecer acciones aisladas en la historia donde desde los gobiernos y las fuerzas militares, han consentido la posibilidad de reaccionar armadamente en pro de la defensa de los territorios.

Cerca de los años 80, se estructuran movimientos en defensa de territorios particularmente relacionados con los cultivos ilícitos y narcotráfico financiados por los grandes capos que en ese momento hacían parte de algunos dominios patrimoniales en consolidación en el territorio nacional.

Cuando se exploran las manifestaciones de aquellos narcotraficantes como Rodríguez Gacha, o Pablo Escobar que a comienzos de los 80 auspician la formación de grupos paramilitares en territorios de su interés, se puede entender que, en estricta reacción, han llegado a concluir que algo semejante como *modus operandi*, es la única manera de contener la expansión de la guerrilla y proteger su ampliado patrimonio” (Cúbides, 1999, Pág. 8).

El movimiento contra guerrilla se agrupa bajo un mismo mando denominado Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), extendiéndose a nivel nacional donde se identificaba presencia guerrillera, de manera que para los 90 había alcanzado presencia a nivel nacional.

Estos grupos han entrado a diferentes regiones expulsando o disputando territorios con la guerrilla, a la vez que realizan asesinatos selectivos y masacres para intimidar a la población y despojar a la guerrilla de este apoyo. Hoy por hoy se han convertido en la organización armada a la cual se le atribuyen la mayoría de las masacres que ocurren en el país (Torres, 2003, Pág. 15).

El conflicto colombiano es entonces multifactorial, tal como lo indica el Informe del Grupo de Memoria Histórica (2013) 'BASTA YA', donde plantea con respecto al conflicto:

Sus continuidades y cambios están relacionados con un sinnúmero de factores. Entre ellos se encuentran la persistencia del problema agrario; la irrupción y la propagación del narcotráfico; las limitaciones y posibilidades de la participación política; las influencias y presiones del contexto internacional; la fragmentación institucional y territorial del Estado. Finalmente, también han estado relacionados, con los cambios y transformaciones del conflicto, los resultados parciales y ambiguos de los procesos de paz y las reformas democráticas (Grupo Memoria Histórica, 2013).

Lo anteriormente mencionado ha hecho ubicar al conflicto interno colombiano en una posición de difícil comprensión y resolución a nivel nacional como internacional y, de acuerdo con Cosoy (2016) ha sido considerado como el conflicto más antiguo del

hemisferio occidental, con impactos nefastos para la población civil, que quedó en la mitad de un cruce de fuego entre los actores de conflicto y que ha encontrado en la migración interna una posible alternativa para salvar su propia vida y las de sus familias.

Es importante destacar en este marco, lo planteado por el salubrista Héctor Abad Gómez en torno al significado de la vida humana, la cual en este contexto de violencia se ve amenazada y vulnerada. En su libro *Teoría y Práctica de Salud Pública* (Gómez, 2012) postula la importancia del entendimiento de la vida de los hombres como algo que hay que cuidar por encima de todo, sin detenerse a pensar en el para qué o por qué la necesidad de salvar vidas sin poner por encima de ello la calidad de esa vida, dejando en entre dicho que la misión del personal de salud no es salvar por salvar sino salvar en un contexto que integre lo político, económico y social.

De acuerdo a esto establece unas preguntas de discusión que ponen sobre la mesa el tipo de vida por el que deberíamos propender teniendo en cuenta que "toda sociedad debe asegurarles a todos sus individuos salud, alimentación, dignidad, decoro, en una palabra, bienestar físico, mental y social" (Gómez, 2012) Lo cual en el marco del conflicto armado que ha vivido el país por décadas no es del todo real más aun cuando la vida no es un bien que esté por encima de todo lo demás.

Actualmente después de varios años de conversaciones, la cuales iniciaron en noviembre de 2012, el gobierno colombiano en cabeza del expresidente Juan Manuel Santos firma el acuerdo de paz con la guerrilla de las FARC en agosto de 2016 (Alto Comisionado para la Paz, 2016), el cual a pesar de sus detractores y opositores y de no ser ratificado por el pueblo colombiano en el plebiscito por la paz, tuvo ajustes que han permitido el inicio de su implementación, con la desmovilización de alrededor de 13.000 combatientes, la entrega de armas y la participación política de las FARC (Manetto, 2018).

Sin embargo, a pesar de una general reducción de las cifras de hechos victimizantes y de la intensidad del conflicto, se ha evidenciado el recrudecimiento del conflicto de acuerdo con datos ofrecidos por la Defensoría del Pueblo donde se identifican desplazamientos masivos y homicidios de líderes sociales, lo cual se atribuye en gran medida, a disidentes de la guerrilla de las FARC, grupos armados organizados, y el ELN quienes, siguen en

actividad después de haberse suspendido la mesa de negociación por decisión de la actual presidencia (Redacción El País, 2018).

Según reporte de la Defensoría del Pueblo (2018), entre enero de 2016 y agosto de 2018 se han registrado 343 homicidios de defensores de derechos humanos, líderes sociales y políticos, además de eventos de desplazamiento masivo que reportan 89 desplazamientos y 29.592 personas desplazadas (8.645 familias) La subregión con mayor número de eventos es Catatumbo con 26 que han afectado a 10.863 personas (3.338 familias), debido a los enfrentamientos entre el Ejército Popular de Liberación –EPL- y el Ejército de Liberación Nacional –ELN- por el control territorial.

De acuerdo con lo manifestado por el Observatorio Nacional de Salud (2017) “este alarmante panorama, nos exhorta a seguir avanzando en la comprensión de las consecuencias de este conflicto armado, generando sentido crítico sobre sus causas, conociendo el contexto y estimulando el planteamiento de políticas públicas que transformen esta situación”.

Cabe mencionar que de acuerdo a todo el contexto histórico brevemente planteado en este estudio, en Colombia se han desarrollado diversos trabajos en torno a la violencia y al conflicto armado, entre los principales documentos se encuentra el libro La violencia en Colombia de Germán Guzmán, Orlando Fals Borda y Eduardo Umaña Luna publicado en 1962, el cual presentó un análisis interdisciplinario de las causas políticas y sociales que generaron el inicio de la violencia en Colombia, centrando las razones de la situación de violencia en torno a lo sociológico, sin embargo como los mismos autores lo señalaron, la violencia es multicausal: “Se trata de un fenómeno multicausal y sucesivo en el que los efectos, a su turno, originan nuevas e imprevistas manifestaciones, sin descontar que muchos de los móviles de una etapa continúan incidiendo en las posteriores”. (Guzmán, Fals, Umaña, Tomo II 435)

De esta forma, este libro como antecedente del conflicto esboza la violencia como una disfunción social del sistema lo cual genera la inequidad que lleva a la búsqueda del control en lo territorial y social, que finalmente se reconocen como causas del conflicto actual.

En este contexto el INS plantea que el conflicto en el país se da por una lucha por el control político, social y económico del territorio, lo cual afecta importantemente la dinámica de la

población generando **impactos profundos en las condiciones de salud** y exigiendo del Estado respuestas políticas acordes a estas afectaciones. (Insituto Nacional de Salud de Colombia, 2017)

1.1.2 Definición de víctima del conflicto armado

Una de las primeras definiciones de víctima de conflicto se registra en la Resolución 40/34 de 1985 de las Naciones Unidas, '*Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder*', donde se define víctima de abuso de poder como:

- Las personas que individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que no lleguen a constituir violaciones del derecho penal nacional, pero violen normas internacionalmente reconocidas relativas a los derechos humanos.
- Una persona puede ser considerada como una "víctima", en el ámbito de la presente Declaración, tanto si el autor ha sido o no identificado, detenido, perseguido o declarado culpable, y cualquiera que sean sus lazos de parentesco con la víctima. El término "víctima" incluye también llegado el caso, la familia próxima o las personas a cargo de la víctima directa y las personas que han sufrido un perjuicio al intervenir en ayuda de las víctimas necesitadas o por evitar la victimización.
 - Las disposiciones de la presente sección se aplican a todos, sin distinción alguna de raza, de color, de sexo, de edad, de lengua de

religión, de nacionalidad, de opinión política o cualquier otra, de creencias o prácticas culturales, de fortuna, de nacimiento o de situación familiar, de origen étnico o social, y de capacidad psíquica (Naciones Unidas, Resolución 40/34, 1985).

Y adicionalmente presenta compromisos normativos para los Estados miembros como:

- Los Estados consideraran la posibilidad de incorporar a la legislación nacional normas que proscriban los abusos de poder y proporcionen remedios a las víctimas de esos abusos. En particular, esos remedios incluirán el resarcimiento y la indemnización, así como la asistencia y el apoyo materiales, médicos, psicológicos y sociales necesarios.
- Los Estados considerarán la posibilidad de negociar tratados internacionales multilaterales relativos a las víctimas
- Los Estados revisarán periódicamente la legislación y la práctica vigentes para asegurar su adaptación a las circunstancias cambiantes, promulgarán y aplicarán, en su caso, leyes por las cuales se prohíban los actos que constituyan graves abusos de poder político o económico y se fomenten medidas y mecanismos para prevenir esos actos, y establecerán derechos y recursos adecuados para las víctimas de tales actos, facilitándoles su ejercicio (Naciones Unidas, resolución 40/34, 1985).

Posteriormente en la Resolución 2005/35, las Naciones Unidas introduce tres derechos de la víctima conforme al Derecho Internacional: Acceso igual y efectivo a la justicia;

Reparación adecuada, efectiva y rápida del daño sufrido; y acceso a información pertinente sobre las violaciones y los mecanismos de reparación.

En Colombia, la definición normativa se registra inicialmente en la Ley 975 de 2005, Ley de Justicia Transicional, por el cual se dictan medidas y disposiciones para la reincorporación de miembros de grupos armados organizados, en el marco de los acuerdos las Autodefensas Unidas de Colombia; allí el Artículo 5 define víctima:

La persona que individual o colectivamente haya sufrido daños directos tales como lesiones transitorias o permanentes que ocasionen algún tipo de discapacidad física, psíquica y/o sensorial (visual y/o auditiva), sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo de sus derechos fundamentales. Los daños deberán ser consecuencia de acciones que hayan transgredido la legislación penal, realizadas por grupos armados organizados al margen de la ley.

También se tendrá por víctima al cónyuge, compañero o compañera permanente, y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida.

La condición de víctima se adquiere con independencia de que se identifique, aprehenda procese o condene al autor de la conducta punible y sin consideración a la relación familiar existente entre el autor y la víctima.

Igualmente se considerarán como víctimas a los miembros de la Fuerza Pública que hayan sufrido lesiones transitorias o permanentes que ocasionen algún tipo de discapacidad física, psíquica y/o sensorial (visual o

auditiva), o menoscabo de sus derechos fundamentales, como consecuencia de las acciones de algún integrante o miembros de los grupos armados organizados al margen de la ley.

Asimismo, se tendrán como víctimas al cónyuge, compañero o compañera permanente y familiares en primer grado de consanguinidad, de los miembros de la fuerza pública que hayan perdido la vida en desarrollo de actos del servicio, en relación con el mismo, o fuera de él, como consecuencia de los actos ejecutados por algún integrante o miembros de los grupos organizados al margen de la ley (Ley 1592, 2012).

Sin embargo, la definición contemplada presenta vacíos frente a la consideración como víctimas en situación de desplazamiento y los resultantes de crímenes por parte de las fuerzas estatales; por el contrario, registra como víctimas a los miembros de las fuerzas públicas, aun cuando puede considerarse que de presentarse situaciones como discapacidad o daño como lo define la ley para el caso de las víctimas, en el caso particular obedece es al riesgo de la actividad laboral (Díaz, 2009).

Finalmente, en el 2011 se reconoce desde la Presidencia de la República, la situación de conflicto armado que vive el país; hasta el momento el Estado sostenía que Colombia no tenía conflicto armado sino acciones por parte de grupos terroristas; lo que a la luz de la jurisprudencia nacional e internacional, imposibilitaba el reconocimiento de la víctimas y la construcción de acuerdos que permitieran superar el conflicto. Esto posibilita la construcción de un marco legal que responda a las víctimas reales del conflicto por medio de la Ley de Víctimas.

En ese contexto, El Artículo 3 de la Ley 1448, define como víctimas:

Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1 de Enero de 1985, como consecuencias

de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno.

También son víctimas el cónyuge, compañera o compañero permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a este se le hubiera dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente.

De la misma forma, se consideran víctimas las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización.

La condición de víctima se adquiere con independencia de que se individualice, aprehenda, procese o condene el autor de la conducta punible y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima.

Parágrafo 1°. Cuando los miembros de la fuerza pública sean víctimas en los términos del presente artículo, su reparación económica corresponderá por todo concepto a la que tengan derecho de acuerdo al régimen especial que les sea aplicable. De la misma forma, tendrán derecho a las medidas de satisfacción y garantías de no repetición señaladas en la presente ley.

Parágrafo 2°. Los miembros de los grupos organizados al margen de la ley no serán considerados víctimas, salvo en los casos en los que los niños, niñas o adolescentes hubieren sido desvinculados del grupo armado organizado al margen de la ley siendo menores de edad.

Para los efectos de la presente ley, él o la cónyuge, compañero o compañera permanente, o los parientes de los miembros de grupos armados organizados al margen de la ley serán considerados como víctimas directas por el daño sufrido en sus derechos en los términos del presente artículo, pero no como víctimas indirectas por el daño sufrido por los miembros de dichos grupos.

Parágrafo 3°. Para los efectos de la definición contenida en el presente artículo, no serán considerados como víctimas quienes hayan sufrido un daño en sus derechos como consecuencia de actos de delincuencia común.

Parágrafo 4°. Las personas que hayan sido víctimas por hechos ocurridos antes del 1° de enero de 1985 tienen derecho a la verdad, medidas de reparación simbólica y a las garantías de no repetición previstas en la presente ley, como parte del conglomerado social y sin necesidad de que sean individualizadas.

Parágrafo 5°. La definición de víctima contemplada en el presente artículo, en ningún caso podrá interpretarse o presumir reconocimiento alguno de carácter político sobre los grupos terroristas y/o armados ilegales, que

hayan ocasionado el daño al que se refiere como hecho victimizante la presente ley, en el marco del Derecho Internacional Humanitario y de los Derechos Humanos, de manera particular de lo establecido por el artículo (3°) común a los Convenios de Ginebra de 1949. El ejercicio de las competencias y funciones que le corresponden en virtud de la Constitución, la Ley y los reglamentos a las Fuerzas Armadas de combatir otros actores criminales, no se afectará en absoluto por las disposiciones contenidas en la presente ley (Ley 1448, 2011).

En el desarrollo de ésta investigación si bien se tuvo en cuenta la definición de víctima dada en el marco de la Ley 1448, es importante resaltar que la investigadora considera la noción de víctima en el contexto del goce pleno de derechos, es decir, no se deja de ser víctima aunque se restablezcan los derechos, esta condición se mantiene dadas las afectaciones que permanecen en la vida, jurídicamente se supera la condición, pero emocionalmente NO.

1.1.3 Víctimas del conflicto armado en Bogotá

El conflicto armado en Colombia ha traído entre sus muchas consecuencias la migración de personas, familias, colectivos, etc., desde sus territorios de origen hacia las ciudades. De acuerdo con la información reportada por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) a 1 de octubre de 2016, año en que se realizó la toma de información de este trabajo, se encontraban registradas 8'230.860 personas víctimas del conflicto armado en el país, de las cuales 5'923.213 son sujetos de asistencia y reparación (Red Nacional de Información, 2015).

El Diagnóstico Condiciones para la Construcción de Paz en Bogotá, evidencia la situación de la capital como la primera ciudad del país con mayor número de declaraciones de víctimas, y la segunda con mayor número de población víctima residente, de acuerdo con la Red Nacional de Información (2018) y el Registro Único de Víctimas en el Distrito residen 352.873 víctimas del conflicto armado.

Según el DANE (2015), en Bogotá 5 de cada 10 desplazados que residen en la ciudad son pobres y 2 de cada 10 son pobres extremos. El diagnóstico de condiciones para la construcción de paz aporta los siguientes datos relevantes para contextualizar la situación de la población víctima de conflicto armado en Bogotá:

- De las 352.873 víctimas residentes en Bogotá e incluidas en el RUV, el 50,93% son mujeres, el 48,08% son hombres
- El 31% de las víctimas residentes son menores de 18 años, el 57,5% tienen entre 18 y 60 años y la población de adultos mayores (de 61 años en adelante) corresponde al 6,3%
- El 9,3% de las víctimas residentes en la ciudad es afrodescendiente, La segunda etnia con mayor representación en Bogotá es la indígena con 1,9%. las poblaciones con pertenencia étnica afrocolombiana e indígena tienen un porcentaje mayor de mujeres que de hombres.
- 87,3% de las víctimas residentes en Bogotá se declaró sin pertenencia étnica
- El 2,7% de la población víctima residente en Bogotá tiene alguna condición de discapacidad
- El 59,04% de la población se concentra en las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy, Suba y San Cristóbal (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2017).

1.2 Enfoque diferencial

La política de atención integral en salud presentada por el Ministerio de Salud, define el enfoque diferencial como:

La estrategia que permite a la política de atención reconocer y organizarse frente a las diferencias de las personas y colectivos frente a los determinantes sociales. Estos determinan condiciones de vulnerabilidad y potencialidad asociadas a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales (creencias y valores), económicos, ambientales entre otros; Es una dimensión relativa, pues cada persona tiene su nivel de vulnerabilidad en función de situaciones socioeconómicas, culturales, políticas, religiosas, de género y personales (Ministerio de Salud, 2016, Pág. 44).

Es decir que el enfoque diferencial reconoce las particularidades y diferenciación por vulnerabilidades que presenta la población; de manera que desde allí se generen lineamientos de atención diferenciada acorde con las necesidades de la población, analizando los diferentes factores desde los cuales se construyen los sujetos.

El Departamento para la Prosperidad Social, a través del Grupo de Enfoque Diferencial (S.F) realiza la descripción que para el caso de la política pública define este enfoque: “Es el instrumento jurídico idóneo para revertir y evitar los procesos y actos que generan condiciones actuales o históricas de discriminación e impiden el goce efectivo de derechos”.

La política de Atención integral en Salud del Ministerio de Salud registra como caracteres de diferenciación:

- Poblacional: La vulnerabilidad puede originarse en condiciones permanentes como la ancianidad, la discapacidad o pobreza estructural; la discriminación por pertenecer a un grupo poblacional (grupos étnicos) o deberse a condiciones transitorias como la dependencia durante la niñez, la juventud, la ancianidad, el desplazamiento forzoso o victimización por el conflicto, los grupos étnicos, población privada de la libertad o la caída drástica de ingresos por crisis económica. Así mismo identifica la existencia de poblaciones vulneradas como quienes ya padecen una carencia efectiva y presentan imposibilidad actual de sostenimiento y desarrollo y por lo tanto se identifica algún tipo de debilidad a partir de esa incapacidad; y poblaciones vulnerables, como aquellas en donde la carencia aún no se ha materializado, pero se presenta con mayor probabilidad en un futuro inmediato partiendo de las condiciones de fragilidad.
- Territorial: Reconoce entonces que la ejecución del modelo integral de atención debe adaptarse a las condiciones de la población, el territorio y su contexto, teniendo en cuenta sus necesidades específicas culturales, territoriales, geográficas, ambientales, de conflicto armado, grupos étnicos en ciertas regiones del país, población con discapacidad, habitantes de la calle, población dispersa, mujeres y hombres jefes únicos de familia, entre otros; lo cual requiere que la oferta de servicios de adapte a las necesidades particulares que la oferta de servicios de adapte a las necesidades particulares específicas (Ministerio de Salud, 2016. Pág. 45).

1.2.1 Colombia pluriétnica y multicultural

El territorio colombiano se encuentra conformado por conjuntos poblacionales lejanos de ser homogéneos, desde la época de la conquista y las dinámicas colonizadoras, se reconoce cómo los grupos indígenas a través de la historia han sufrido procesos de destierro y desarraigo, afectando sus procesos de identidad. La vulneración permanente de derechos fundamentales como la vida, de alguna manera ha incidido en su nula participación política del país ya sea por miedo o invisibilización como población sujeta de derecho, efectos de la estructura social de predominancia mestiza. En este sentido, Pineda (1997) refiere:

La mencionada Constitución de 1886 (la sexta expedida en el siglo pasado) resume en gran parte este movimiento, que también, naturalmente, expresa la época; constituye un retorno a la tradición hispanista y el tiempo de la filosofía tomista. la nación colombiana es percibida, como dije, blanca, católica y cuya lengua natural es el habla castellana. Allí no se hace mención a los otros grupos étnicos. Poco después se expide la Ley 89 de 1890, en la cual éstos se definen como salvajes o semi-civilizados (Pineda, 1997).

En la coyuntura del cumplimiento de los acuerdos de paz firmados en el año 1990, con diferentes grupos armados, entre los que se encontraba el M-19, EPL y el Movimiento Armado Quintín Lame, entre otros; se acuerda la elección de representantes para la participación en la nueva Constitución, siendo esta la que regula el país desde 1991; donde fue elegido como representante a la constituyente, Rojas Birry representante de los pueblos indígenas colombianos, donde según El Tiempo, presentó un plan de reivindicaciones:

1. El reconocimiento del carácter multiétnico y pluricultural de la Nación colombiana: “Queremos que se respete el derecho de los indígenas a ser

diferentes, a tener culturas y pensamientos propios. Pedimos lo mismo para la población negra y los sectores campesinos marginados.”

2. Creación de una procuraduría ambiental y de los recursos naturales.
3. Reconocimiento de los resguardos como unidades territoriales especiales con política y presupuesto propio.
4. Circunscripción especial que les facilite el ingreso en las corporaciones públicas.
5. Programas propios de educación bilingüe.
6. Reconocimiento de sus autoridades.
7. Reconocimiento de su lengua.
8. Reconocimiento de sus médicos tradicionales.
9. Respeto a sus creencias. (El Tiempo, 1990).

Lo que se refleja claramente que es en la Constitución Política de 1991, donde se reconoce por primera vez normativamente las diferentes culturas como parte del territorio colombiano y se reconfigura el concepto de Estado - Nación dando participación a las minorías como actores sociales étnicos con identidad propia, en contraste con la anterior Constitución. Es así como la actual Constitución, Artículo 7 “El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana” y en el Artículo 10 “El castellano es el idioma oficial de Colombia. Las lenguas y dialectos de los grupos étnicos son también oficiales en sus territorios. La enseñanza que se imparta en las comunidades con tradiciones lingüísticas propias será bilingüe”. Reconoce desde la norma suprema, la existencia de otras poblaciones diferenciales y el respeto que estas poblaciones merecen para el pleno ejercicio de sus derechos.

1.2.3 Conflicto Armado y enfoque diferencial

La Corte Constitucional a través de la sentencia T-025 de 2004, reconoce la multiplicidad de derechos violentados en el marco del desplazamiento, atendiendo al estado de

vulnerabilidad e indefensión de las víctimas de desplazamiento; en ese contexto, la jurisprudencia ha resaltado que esta población, tiene derecho a recibir un trato urgente y preferencial por parte del Estado (Espinosa; 2012, Pág. 21), pues identifica la necesidad de protección diferenciada para las víctimas de conflicto.

Teniendo en cuenta, que el conflicto ha impactado en las diferentes regiones del país y que las poblaciones tienen características culturales y sociales particulares que inciden en la construcción como sujetos; se identifica entonces que las víctimas del conflicto tienen necesidades heterogéneas; la Ley 1448 de 2011, establece que la atención de víctimas debe realizarse desde un enfoque diferencial, como principio rector:

ARTÍCULO 13. ENFOQUE DIFERENCIAL: El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de 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.

El Estado ofrecerá especiales garantías y medidas de protección a los grupos expuestos a mayor riesgo de las violaciones contempladas en el artículo 3° de la presente ley tales como mujeres, jóvenes, niños y niñas, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, campesinos, líderes sociales, miembros de organizaciones sindicales, defensores de Derechos Humanos y víctimas de desplazamiento forzado.

Para el efecto, en la ejecución y adopción por parte del Gobierno Nacional de políticas de asistencia y reparación en desarrollo de la presente ley, deberán adoptarse criterios diferenciales que respondan a las

particularidades y grado de vulnerabilidad de cada uno de estos grupos poblacionales.

Igualmente, el Estado realizará esfuerzos encaminados a que las medidas de atención, asistencia y reparación contenidas en la presente ley, contribuyan a la eliminación de los esquemas de discriminación y marginación que pudieron ser la causa de los hechos victimizantes (Ley 1448, 2011).

Se trata entonces, del reconocimiento de las necesidades particulares y diferenciadoras de la población sujeto de atención.; así Meertens (2004) plantea entonces, el enfoque de género, edad y etnia como principios básicos para el libre ejercicio de los derechos, de la equidad y del reconocimiento de las diferencias existentes entre grupos poblacionales, por lo que una política diferencial debe desarrollarse en las siguientes áreas:

Promover la no discriminación en el ejercicio de los derechos, la inclusión social y el acceso equitativo a los recursos y los servicios del Estado.

Reconocer las vulnerabilidades y necesidades particulares de cada grupo, particularmente de las mujeres, de las niñas y niños y de las minorías étnicas y actuar sobre ellas.

Promover el acceso de forma equitativa a la toma de decisiones, participación y a la organización.

Realizar acciones positivas para desarrollar la autoestima y la autonomía de las personas, con particular énfasis en aquellas que pertenecen a los grupos tradicionalmente subordinados.

Eliminar estereotipos culturales que obstaculicen el libre ejercicio de los derechos y la inclusión social (Meertens, 2004, Pág. 2)

El enfoque diferencial permite entonces el reconocimiento de las múltiples vulnerabilidades y permite dar una respuesta integral que atienda a las necesidades particulares de las víctimas del conflicto.

1.3 Salud y Acceso a los Servicios de Salud

1.3.1 Salud y Salud Pública

La Organización Mundial de la Salud (2006), en Documentos básicos, suplemento de la 45a edición octubre de 2006, por el cual sustituye parcialmente el texto de la Constitución de la OMS de 1946; define: “la salud es un estado completo de bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Pág.1); Aunque el concepto trasciende las primeras definiciones que planteaban la salud como el equilibrio entre el organismo y el medio, relacionadas directamente con el ámbito biológico; la conceptualización de bienestar desde la definición de OMS, se puede entender desde una perspectiva de construcción social y subjetiva, dado el “carácter”, “móvil” y “subjetivo” que parece ser inherente al concepto” (Caponi, 1997, Pág. 297), por lo que ha sido criticada. Sin embargo, para efectos de análisis desde la cosmovisión de las poblaciones que como ya se vieron son pluriétnicas y multiculturales, es de gran valor el reconocimiento de la salud desde su percepción de bienestar.

Al respecto, Frenk (2016) define la salud como un punto de encuentro donde “confluye lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y económica. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva” permitiendo entrever el paradigma complejo desde el cual se entiende el concepto mismo de salud.

Desde esta perspectiva, se hace inherente que desde el Estado se generen lineamientos y políticas que permitan alcanzar a la población el mejoramiento de calidad de vida a través de la salud. Al respecto, la OMS (2006), establece como principios para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:

- El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
- Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.
- La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.
- El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.
- La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.
- Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.
- Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas (Organización Mundial de la Salud, 2006. Pág.1).

Desde la conceptualización de salud pública realizada por Frenk (2016), se identifican cinco connotaciones prominentes, la primera de ellas relacionada con la acción gubernamental que es el sector público equiparado con el adjetivo pública a la salud; el segundo de ellos, amplía el concepto de lo público a la participación gubernamental y de la comunidad organizada; el tercero se encuentra relacionado con los llamados servicios no personales de salud, es decir, los aplicados a medio ambiente como saneamiento, colectividad como la educación masiva para la salud y que de alguna manera no son apropiables por el individuo mismo; y el cuarto, es una ampliación del anterior, añadiendo una serie de servicios personales de naturaleza preventiva que se encuentran dirigidos a grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad.

En ese mismo sentido, se define salud pública como:

La práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener su nivel de vida adecuado (Figueroa, 2012, Pág.2).

1.3.2 Acceso a los servicios de salud

En el contexto de la necesidad de avanzar y concretar temas relacionados con el desarrollo social en la década de los años 60 en los países latinoamericanos en el marco de la Alianza para el Progreso, se prioriza lo relacionado con la salud y su acceso; se define entonces accesibilidad según Comes, Solitario, Garbus y otros (2007), como: “la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población...como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (Pág. 202); Esto implica entender el concepto de acceso a

los servicios de salud, desde un paradigma complejo, el cual implica realizar un análisis interrelacional.

La perspectiva presentada, trasciende los principios de acceso planteados desde la Ley 100, la cual intentó responder a las necesidades de cobertura para acceso a la salud a través del aseguramiento, donde según Vargas (2009) “el aseguramiento adoptado por la Ley 100, reconoce al afiliado el derecho a ser atendido mediante un paquete de servicios cuando lo requiera” (Pág. 124). Sin embargo, se evidencia que no es suficiente solo con el desarrollo e implementación de procesos de afiliación para aseguramiento, para que efectivamente se pueda generar un mejoramiento en el acceso al sistema de salud “la afiliación a un seguro no es equivalente al acceso adecuado” (Vargas y otros, 2010, Pág. 709).

De acuerdo a lo planteado en la revisión conceptual presentada por Comes y Solitario (Mirta Mauro, 2011) se entiende la accesibilidad como “la posibilidad y el modo que construyen los sujetos para acceder a los servicios de salud, se pondrían en juego vivencias, saberes contruidos, sentires, percepciones, etc., entendiendo que la subjetividad se construye a lo largo de la vida de los sujetos y que la misma es producto de experiencias vinculares de la infancia, de la historia, de los mecanismos de poder que se ejercen en cada sociedad”

En este sentido esta definición establece una razón más para reconocer la importancia de las narrativas de las personas víctimas del conflicto armado con respecto al acceso a los servicios de salud y sus barreras en el distrito.

Con respecto a los modelos de acceso este estudio toma como punto de referencia lo planteado en la revisión sistemática elaborada por Arrivillaga y Borrero, la cual revisó los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, descritos en la literatura entre

1970 y 2013 (Marcela Arrivillaga, 2016), si bien esta revisión incluye todos los modelos establecidos en el marco del acceso a los servicios de salud tan importantes en el desarrollo de la construcción de lo sanitario desde las ciencias sociales como lo son el Modelo de Factores de Aday y colegas el cual plantea el acceso en un modelo multicausal, esta revisión también plantea modelos menos conocidos e implementados en el ámbito de la administración sanitaria como el de Acceso a servicios de salud en la lógica de justicia social y el derecho a la salud, el cual fue tomado para este estudio dado su planteamiento en cuanto a equidad y derechos, lo cual enmarca y soporta la situación de las personas víctimas de conflicto armado en su condición de vulnerabilidad y violación sistemática de derechos.

1.3.3 Acceso a los servicios de salud en la lógica de justicia social y el derecho a la salud

Teniendo como marco el modelo de Acceso a servicios de salud en la lógica de justicia social y el derecho a la salud planteada por Braveman y Gruskin (Paula Braveman, 2003) se considera que el tema del acceso a los servicios de salud para la población víctima del conflicto armado debería considerarse en esa lógica dadas las dinámicas del conflicto y lo establecido dentro de la legislación colombiana y su carta constitucional.

La Constitución de 1991, de alguna manera sembró la esperanza para alcanzar una sociedad justa e igualitaria en donde, según Vargas (2009) la población, incluidos los más pobres y vulnerables, pudiera encontrar salidas a la problemática social y tener acceso real y efectivo a los servicios de salud” (Pág. 122); La constitución política enmarca en el Título II y Capítulo II: De los derechos sociales, económicos y culturales; el derecho a la seguridad social, entre los que se encuentra implícito el derecho a la salud. Al respecto Vélez (2007) basado en el Artículo 49 de la Constitución Política, plantea como características fundamentales:

1) La seguridad social y el derecho a la salud entendidos como derechos irrenunciables y servicios públicos que se prestan bajo la dirección y coordinación del Estado. El hecho de considerar a la salud como un servicio público, la sitúa de manera explícita en la esfera pública de acceso universal siendo este lineamiento al menos teóricamente un componente de justicia social, para el cual deben aplicarse los parámetros de justicia distributiva.

2) Los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, deben ser prestados dentro de un marco de eficiencia y solidaridad y, deben garantizar una atención integral, que vincula al sistema afiliado y a su núcleo familiar y una cobertura universal.

3) La carta contempla que la asistencia sanitaria y el saneamiento ambiental, en tanto servicios públicos, estarán a cargo del Estado a quien compete reglamentar, organizar y dirigir la fórmula de prestación de los mismos de manera descentralizada, bien por entidades públicas, bien por entes privados, bajo su vigilancia y control" (Vélez, 2007. Pág. 68).

Así mismo, puede entenderse la justicia social:

Desde una perspectiva que relaciona los patrones de distribución con las necesidades, pero también comprende que esos aspectos, de alguna manera están conectados con la noción de libertad; con contextos institucionales como la concepción de derecho a la salud, el carácter de los procesos de toma de decisiones políticas, clínicas y administrativas, la división social del trabajo, la cultura, las disputas o juegos de poder,

conocimiento, lenguaje, en que entran los sujetos y los grupos sociales (Lyotard, 1983; Young, 1990; Foucault, 1997 Citados por Vega, 2002. Pág. 50).

Es decir, que desde el marco de justicia social el derecho a la salud se enmarca en el acceso pleno al ejercicio de los derechos; donde el Estado como agente garante, genere estrategias para la superación de las diferentes barreras que impiden o dificultan a la población acceder al ejercicio de sus propios derechos, superando incluso cualquier tipo de discriminación por pertinencia étnica, raza, género, edad, grupo poblacional o tipo de vulnerabilidad.

1.3.4 Barreras de acceso a los servicios de salud

Según lo expresa Hirmas Aday en su artículo de revisión sobre barreras de acceso “el acceso o abandono de los servicios de salud puede explicarse por elementos facilitadores y obstáculos identificables” (Macarena Hirmas Aday, 2013)

De acuerdo a lo revisado con respecto al tema de las barreras de acceso se encuentra como destacado el estudio realizado por Hirmas Aday et ál donde se identifican barreras en cuanto a costos de medicamentos, consultas médicas, miedo o vergüenza en la atención, estigma social y desconfianza en los equipos de salud.

En general son diferentes las barreras de acceso que se han identificado para que efectivamente la población pueda hacer pleno goce de sus derechos en lo que refiere al área de salud; al respecto se identifican las siguientes:

Geográficas: entiendo la imposibilidad de acercar los servicios a la población ya sea por accidentes geográficos o barrera construida por el hombre

Económicas: aludiendo a la imposibilidad de acceso por falta de dinero, tanto para transporte como para medicamentos

Administrativas: expresan la dificultad que impone la organización misma de los servicios

Culturales: centrada en las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población (Comes, 2007 Pág.202)

Se presenta en la Revista de Salud pública (2010) como resultado de una investigación acerca del acceso a la salud, que desde la perspectiva y puesta en marcha de la Ley 100, aunque se incrementa la cobertura, especialmente en el régimen subsidiado, persisten barreras en el acceso a pesar del aseguramiento al sistema; identificando factores que incapacitan el acceso como el nivel socioeconómico, lugar de residencia y desigualdades en el acceso. Es decir, que nuevamente se registran como principales barreras la accesibilidad geográfica, elementos administrativos u organizativos como el tiempo de espera y la calidad de la atención (Come, 2007. Pág. 709).

En otro estudio del acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia, realizado por Vargas y Molina (2009), para el artículo en Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, presenta algunas precisiones frente a las barreras identificadas:

- Geográficas: La dispersión geográfica y las distancias que debe recorrer la población para acceder a los servicios de salud; en algunos casos se articula con los costos generados por el desplazamiento en los casos donde aun accediendo a la atención inicial, se requiere atención complementaria diagnóstica y/o terapéutica.
- Económicas: Reconoce la incidencia de las fuerzas del mercado, de manera que se vincula la carencia de empleo y los periodos de

carencia, además de los costos de la atención y los altos costos de transporte en las regiones marginadas

- Administrativas: Identifica las barreras administrativas para la afiliación, atención de urgencias vitales durante el primer mes, espera prolongada para tratamientos, inequidad entre los regímenes, retrasos en autorizaciones, barreras para el acceso a medicamentos, así como la dificultad en la asignación de profesionales.
- Culturales: además de los rasgos culturales propios de las poblaciones, se encuentra en el estudio realizado no parece haber contado con la participación ciudadana en el diseño de los planes de beneficios. Adicionalmente se encuentra cierta asimetría en la información como derechos, deberes y acciones en salud (Vargas y Molina, 2009. Pág. 125)

Según Médicos sin Fronteras (2010): “acceder a la salud, es acceder a la vida”, dividió la problemática del acceso a la salud en 5 dimensiones que enmarcan un sinnúmero de situaciones, algunas inimaginables para prestadores de servicios de salud y para comunidades en general en contextos urbanos, dichas dimensiones corresponden en primera instancia a acceso y seguridad, dado por las situaciones de confinamiento en las que viven muchas comunidades, caminos inseguros (presencia de minas antipersona) y estigmas por supuesta pertenencia o ayuda a actores del conflicto, la segunda dimensión corresponde a dificultad en el acceso físico por lejanía, hay comunidades que están ubicadas entre 7 y 14 horas de centros poblados, donde la mayoría de las veces no hay personal de salud o insumos, medios de transporte o vías, además de obstáculos naturales como derrumbes, inundaciones, sequía de ríos, etc.; la tercera dimensión alude a la desinformación de las personas sobre sus deberes y derechos en salud, y la falta de educación en cuanto a estos temas que les niegan los prestadores, en este caso, se puede decir que prefieren que se mantengan en la ignorancia para que no reclamen lo que por

derecho les corresponde en cuanto a atención digna; la cuarta dimensión tiene que ver con la mencionada discriminación por pertenencia étnica, la cual se evidencia principalmente en el caso de las comunidades indígenas, dado que por su cultura y lengua se hace más difícil la interacción, además también discriminación por condición de desplazamiento, reinserción o retorno entre otras, la quinta y última dimensión tiene que ver con el aspecto económico, las personas generalmente no tienen dinero para pagar los copagos, o los medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), por lo cual prefieren no acercarse a los servicios.

1.3.5 Antecedentes legislativos y normativos del acceso a la salud para las víctimas del conflicto armado

El Estado, como actor garante de regular y generar los lineamientos jurídicos, para el ejercicio pleno de los derechos como el de la salud; y reconociendo las vulnerabilidades y barreras de acceso de la población víctima de conflicto, ha desarrollado un marco jurisprudencial desde el cual se permite el acceso al derecho pleno, entre ellos se encuentran:



Sentencia T045/2010

En el año 2010, la Corte Constitucional, mediante sentencia T-045, tuteló los derechos de cuatro mujeres víctimas de graves violaciones de derechos humanos en el corregimiento de El Salado, que, a causa de las masacres perpetradas por grupos paramilitares en los años 1997 y 2000, vieron severamente afectadas su salud mental y física. Esta sentencia marcó un hito para la garantía de los derechos de las víctimas del conflicto, toda vez que fue el primer pronunciamiento de la Corte sobre el derecho a la salud integral en función de la obligación en cabeza del Estado de brindarles atención psicosocial, psiquiátrica y médica.

Así, en la mencionada sentencia se ordenó al Ministerio de Salud, de una parte, garantizar el derecho a la salud desde un enfoque diferencial y la prestación de atención psicosocial a las cuatro mujeres tutelantes, sus familiares y su red de apoyo, entendida como la comunidad de El Salado, y de otra, a crear e implementar protocolos, programas y políticas para la garantía de este derecho a todas las víctimas del conflicto armado, fijando siete parámetros para ello (Red Nacional en Democracia y Paz, 2017).

La jurisprudencia de Corte Constitucional ha señalado que:

En el caso de las personas víctimas del conflicto armado interno, que además ostentan la calidad desplazados, debe darse un amparo especial por parte de las autoridades dadas sus condiciones de extrema vulnerabilidad. Adicionalmente esta Corporación ha reconocido que las circunstancias de extrema de vulnerabilidad se agudizan, cuando los actos de violencia, en el marco del conflicto armado, se ejercen contra las mujeres, en el ámbito de la prevención del desplazamiento forzoso se identifican por lo menos diez (10) factores de vulnerabilidad específicos a los que están expuestas las mujeres por causa de su condición femenina en el marco de la confrontación armada interna colombiana, que no son compartidos por los hombres, y que explican en su conjunto el impacto desproporcionado del desplazamiento forzoso sobre las mujeres (Corte constitucional, 2010).

Así como exige por parte del Estado acciones específicas y concretas en su protección:

De conformidad con reiterada jurisprudencia de esta Corporación, las entidades públicas encargadas de garantizar la prestación de los servicios de salud, deben preocuparse no sólo por cumplir los cuatro elementos

esenciales e interrelacionados del derecho a la salud, a saber, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, sino que además deben contemplar las circunstancias particulares que se desprenden del hecho de ser víctimas del conflicto armado y del desplazamiento forzado, tales como la dificultad de acceder a los servicios de salud, el incremento de riesgo para contraer enfermedades que surge a partir de las condiciones deplorables a las que son sometidas las personas en situación de desplazamiento, las circunstancias de extrema de vulnerabilidad agudizada cuando los actos de violencia se ejercen contra las mujeres, las precarias condiciones económicas de las víctimas y de sus núcleos familiares y la inestabilidad emocional (Corte Constitucional, 2010).

Frente a los derechos a la salud de las víctimas de conflicto armado interno, establece que debe ir más allá de los planes básicos que contemplan los regímenes de atención:

La prestación de los servicios de salud a las víctimas del conflicto armado interno que además ostentan la calidad de desplazados no puede limitarse únicamente a los planes básicos que se contemplan en cada uno de los regímenes, es decir, en el Régimen Contributivo y en el Subsidiado, debido a que en el diseño de estos programas no se contemplaron las especificidades que se derivan de la condición de víctima del conflicto interno. Como lo señaló el Ministerio de la protección Social en su intervención, estos planes no contemplan, entre otras cosas, atención psicológica y psiquiátrica de mediana y alta complejidad, así como la implementación efectiva de un enfoque psicosocial, elementos necesarios para la prestación de los servicios de salud a las víctimas integralmente.

Se incluye a través de esta sentencia, la atención psicológica y psiquiátrica especializada dentro de la prestación de los servicios de salud, como lo señala:

La necesidad de prestar atención psicológica y psiquiátrica a las víctimas del conflicto armado se desprende de las serias afectaciones en la salud y daños graves a la integridad mental que asumen distintas particularidades dependiendo del contexto social y cultural de la persona. “La salud mental abarca -entre otros aspectos- el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. En virtud de lo anterior, se requiere de una atención en salud mental que permita su recuperación, dentro de la que debe contemplarse la necesidad de romper el aislamiento, reconocer sus experiencias de miedo, identificar sus enfermedades, permitirles hablar de sus sentimientos de vergüenza y de culpa y romper los tabúes que los alimentan. Y, lo más importante, permitirles hablar de lo que vivieron y facilitar la reflexión en la comunidad, combatiendo la estigmatización y promoviendo actitudes positivas que permitan el reconocimiento de las víctimas (Corte Constitucional, 2010).

Finalmente, reconoce que las víctimas de conflicto armado, que adicionalmente ostentan la calidad de desplazados, gozan de una protección constitucional reforzada.

Ley 1448 de 2011

La 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: referente al marco normativo en salud regula:

ARTÍCULO 52. MEDIDAS EN MATERIA DE SALUD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará la cobertura de la asistencia en salud a las víctimas de la presente ley, de acuerdo con las competencias y responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Toda persona que sea incluida en el Registro Único de Víctimas de que trata la presente Ley, accederá por ese hecho a la afiliación contemplada en el artículo 32.2 de la Ley 1438 de 2011, y se considerará elegible para el subsidio en salud, salvo en los casos en que se demuestre capacidad de pago de la víctima.

Parágrafo 1°. Con el fin de garantizar la cobertura de la asistencia en salud a las víctimas de que trata la presente ley, priorizando y atendiendo a las necesidades particulares de esta población, se realizará la actualización del Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con las competencias y responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los términos de la Ley 1438 de 2011.

Parágrafo 2°. 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.

ARTÍCULO 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 previa para su admisión.

ARTÍCULO 54. SERVICIOS DE ASISTENCIA EN SALUD. Los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria consistirán en:

1. Hospitalización.
2. Material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, conforme con los criterios técnicos que fije el Ministerio de la Protección Social.
3. Medicamentos.
4. Honorarios Médicos.
5. Servicios de apoyo tales como bancos de sangre, laboratorios, imágenes diagnósticas.
6. Transporte.
7. Examen del VIH sida y de ETS, en los casos en que la persona haya sido víctima de acceso carnal violento.
8. Servicios de interrupción voluntaria del 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 3º 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 prestada.

Parágrafo. Aquellas personas que se encuentren en la situación prevista en la presente norma y que no se encontraren afiliados al régimen contributivo de seguridad social en salud o a un régimen de excepción, accederán a los beneficios contemplados en el artículo 158 de la Ley 100 de 1993 mientras

no se afilien al régimen contributivo en virtud de relación de contrato de trabajo o deban estar afiliados a dicho régimen.

ARTÍCULO 56. PÓLIZAS DE SALUD. Los gastos que demande la atención de las víctimas amparadas con pólizas de compañías de seguros de salud o contratos con empresas de medicina prepagada, serán cubiertos por el Estado de conformidad con lo establecido en el presente Capítulo, cuando no estén cubiertos o estén cubiertos de manera insuficiente por el respectivo seguro o contrato.

ARTÍCULO 57. EVALUACIÓN Y CONTROL. El Ministerio de la Protección Social o la Superintendencia Nacional de Salud, según el caso, ejercerá la evaluación y control sobre los aspectos relativos a:

1. Número de pacientes atendidos.
2. Acciones médico-quirúrgicas.
3. Suministros e insumos hospitalarios gastados.
4. Causa de egreso y pronóstico.
5. Condición del paciente frente al ente hospitalario.
6. El efectivo pago al prestador.
7. Negación de atención oportuna por parte de prestadores o aseguradores.
8. Las condiciones de calidad en la atención por parte de IPS, EPS o regímenes exceptuados.
9. Los demás factores que constituyen costos del servicio, de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.

ARTÍCULO 58. INSPECCIÓN Y VIGILANCIA. El incumplimiento de lo dispuesto en este capítulo, será para las entidades prestadoras de los servicios de salud, para las EPS, regímenes especiales y para los empleados responsables, causal de sanción por las autoridades competentes en desarrollo de sus funciones de inspección y vigilancia, de conformidad con lo previsto en los artículos 49 y 50 de la Ley 10 de 1990, y demás normas concordantes.

ARTÍCULO 59. ASISTENCIA POR LOS MISMOS HECHOS. Las víctimas que hayan sido beneficiadas con alguna de las anteriores medidas, no serán asistidas nuevamente por el mismo hecho victimizante, salvo que se compruebe que es requerida la asistencia por un hecho sobreviniente.

Decreto 4800 de 2011:

Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011, el cual tiene el objeto de establecer los mecanismos para la adecuada implementación de las medidas de asistencia, atención y reparación integral a las víctimas de las que trata el Artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, para la materialización de sus derechos constitucionales. (Art. 1); se establecen y definen los enfoques de atención: humanitario, de desarrollo humano y de seguridad humana, de derechos, transformador, de daño o afectación diálogo social y verdad; establece los lineamientos de desarrollo de los principios de progresividad y gradualidad para una reparación efectiva y eficaz, información compartida y armonizada, corresponsabilidad, coordinación, concurrencia, complementariedad, subsidiariedad, y búsqueda de reconciliación nacional. Así mismo, define el Registro Único de Víctimas y establece, entre otros, los principios que lo orientan “El principio de favorabilidad. 2. El principio de buena fe. 3. El principio de prevalencia del derecho sustancial propio del Estado Social de

Derecho. 4. El principio de participación conjunta 5. El derecho a la confianza legítima. 6. El derecho a un trato digno 7. Habeas data” (Art 19).

Establece la operatividad del Registro Único de Víctimas, y registra las fuentes de información para dicho registro: Vicepresidencia de la República - Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal. 2. Unidad Nacional de Protección. 3. Ministerio de Defensa Nacional. 4. Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. 5. Departamento Administrativo para la Prosperidad Social. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 7. Comisión Nacional de Búsqueda de Personas Desaparecidas. 8. Fiscalía General de la Nación. 9. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 10. Consejo Superior de la Judicatura.; así mismo, regula el procedimiento contenido; la revocatoria de la inscripción; el censo, en caso de hechos victimizantes masivos en los casos de desplazamiento; la actualización de la información.

Regula, además, la Red Nacional de Información para la Atención y Reparación de Víctimas, las medidas de estabilización socioeconómica y cesación de la condición de vulnerabilidades manifiesta, entre los cuales se encuentra la empleabilidad urbana y rural, retornos y reubicaciones para las víctimas de desplazamiento forzado, la cesación de la condición de vulnerabilidad y debilidad manifiesta la regulación de los gastos judiciales.

Referente a las medidas de atención particularmente en salud aclara:

ARTICULO 87.- Afiliación de víctimas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, cruzará el Registro Único de Víctimas a que hace referencia el artículo 154 de la Ley 1448 de 2011, que certifique la Unidad Administrativa Especial para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, con la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, o la que haga sus veces, y con las bases de datos de los regímenes especiales. La población que se identifique como no afiliada, será reportada a la entidad territorial de manera inmediata para que se proceda a su afiliación a la Entidad Promotora de Salud del Régimen

Subsidiado, preservando la libre escogencia por parte de la víctima, de acuerdo a la presencia regional de éstas, según la normatividad vigente, en desarrollo del artículo 52 de la Ley 1448 de 2011, siempre y cuando cumpla con las condiciones para ser beneficiario de dicho Régimen. Esto último se garantizará mediante la aplicación de la encuesta SISBEN por parte de la entidad territorial.

En caso de que transcurridos tres (3) meses no se haya realizado la afiliación, se procederá a realizar una afiliación inmediata a la Entidad Promotora de Salud de naturaleza Pública del orden Nacional, y en caso de que esta EPS no cuente con cobertura en la zona, se realizará la afiliación a la EPS con el mayor número de afiliados.

Parágrafo 1. Dentro de la Base de Datos Única de Afiliados, c;> la que haga sus veces, debe identificarse la condición de víctima a través de un código, con el objeto de facilitar la atención en salud de manera efectiva, rápida y diferencial a través de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud. Para ello el Ministerio de Salud y Protección Social adoptará los mecanismos e instrumentos que considere pertinentes.

Parágrafo 2. La interoperabilidad de los sistemas de información que soportan el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el Registro Único de Víctimas se efectuará de conformidad con los criterios y estándares establecidos por la Red Nacional de Información.

Artículo 88.- Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social diseñará y/o ajustará, en los seis (6) meses siguientes a partir de la publicación del presente Decreto y con la participación de los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial teniendo en cuenta las necesidades específicas de la víctima, el hecho victimizante, y las consecuencias de éste sobre la población víctima de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011. Se tendrá en cuenta la actualización de los planes de beneficios según lo dispuesto por la Ley 1438 de 2011.

Parágrafo. El protocolo de atención integral en Salud con Enfoque Psicosocial a que hace referencia este artículo, deberá contemplar los mecanismos de articulación y coordinación entre las redes de servicios de salud y otras redes definidas por la Unidad Administrativa Especial de Víctimas que presten asistencia a la población de la que trata la Ley 1448 de 2011.

Artículo 89.- Cubrimiento de servicio de la atención en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito -ECAT- del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA- o quien haga sus veces, cubrirá el reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria en los términos del parágrafo del artículo 54 de la Ley 1448 de 2011, que no estén

cubiertos por los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni por regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud de que sea titular o beneficiaria la víctima.

La garantía de la prestación de los servicios a que se refiere el presente artículo estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- tanto del régimen contributivo como del subsidiado y el trámite de solicitud y pago de los mismos se regirá por las normas vigentes que regulan el procedimiento de cobros ante el FOSYGA, lo anterior sin perjuicio de los mecanismos de financiamiento y pago establecido en el artículo 19 de la Ley 1448 de 2011. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará las medidas que considere pertinentes para la implementación de esta medida.

Artículo 90.- Monitoreo y seguimiento de la atención en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social debe desarrollar herramientas de seguimiento y monitoreo a la atención en salud brindada a la población víctima en los términos del artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, de acuerdo a lo establecido en el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial (Corte Constitucional, 2011).

1.3.6 Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI)

Teniendo en cuenta el marco normativo presentado, y en el marco del cumplimiento de lo establecido en la Ley 1448 de 2011, La oficina de promoción social adscrita al Ministerio de Salud, elabora el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral (PAPSIVI), en búsqueda del restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de la población víctima de conflicto, estableciendo además unos marcos éticos en pro de la dignificación. El PAPSIVI tiene como objetivo general: “Garantizar la asistencia en salud y la rehabilitación física, mental y/o psicosocial a las víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario en el marco del conflicto armado en Colombia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

El programa se encuentra diseñado para realizar atención desde un enfoque de derechos, psicosocial, diferencial, transformador, de daños e impactos y desde el principio de atención en salud a las víctimas

Define atención psicosocial como:

El conjunto de procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales, el sufrimiento emocional y los impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y la vida de relación generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH (Ministerio de Salud y Protección Social, S.F).

La atención integral implica un análisis contextual de la situación de la víctima, tener presente el contexto histórico, cultural, económico, social; así como el reconocimiento como sujetos de derechos, titulares de derechos y libertades reconocidos en la normatividad nacional e internacional y, la responsabilidad del Estado en el

restablecimiento de las condiciones dignas, pues como víctimas han sido sometidas a situaciones de extrema violencia, afectando sus referentes de vida.

Teniendo en cuenta la complejidad de los hechos victimizantes, y que estos no son de causa única sino multifactorial, la atención psicosocial no podrá establecerse una atención específica por hecho victimizante. Sin embargo, el PAPSIVI, establece como lineamientos generales para la orientación de los planes de acción:

1. Garantizar la dignificación y reconocimiento de las víctimas y de sus necesidades psicosociales, de tal forma que el efecto de todas las acciones que se desarrollen con ellas contribuyan a su reparación. Por lo tanto, garantizar que no sean re-victimizadas.
2. Aplicación del enfoque diferencial
3. Establecer, con la participación de las víctimas, la caracterización psicosocial de las comunidades, sus familias e individuos.
4. Construir participativamente el plan de atención, de acuerdo a las necesidades detectadas en la caracterización.
5. Garantizar la implementación oportuna del plan de atención construido.
6. Garantizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones contempladas en los planes de atención.
7. Garantizar el cumplimiento de los correctivos, si los hubiere, a las inconsistencias o falencias encontradas en el proceso de seguimiento y monitoreo.

Así mismo, reafirma la pertinencia y necesidad de realizar atención desde una clara perspectiva de género , como lo señala el Ministerio de Salud y Protección Social (2017) “que permita entender que la violencia es diferencial y afecta de forma específica a mujeres por el solo hecho de serlo, y que esta ocurre en un contexto cultural en el que se ha validado tradicionalmente la propiedad de los hombres sobre los cuerpos de las mujeres”¹, y desde la perspectiva de derechos humanos, particularmente para la atención de los

casos de violencia sexual, reconociendo que la violencia sexual no es algo privado ni natural que les pasa a las mujeres, pues una vida libre de violencias es un derecho fundamental.

El PAPSIVI, presenta en las características del daño según hecho victimizante, reconociendo las afectaciones individuales y comunitarias y el impacto que estos tienen sobre la construcción y deconstrucción de identidades; así como las graves implicaciones en la desestructuración de la realidad social en todas sus dimensiones; la fragmentación o debilitamiento comunitario, la incidencia en el cambio de roles, alteraciones en las relaciones intrafamiliares y la movilización de emociones. Pues los daños de la guerra, no solo son los daños materiales ocasionados.

Como hechos victimizantes se identifican entonces: el desplazamiento forzado, las masacres, la violencia sexual, el secuestro, desaparición forzada, tortura, tratos crueles degradantes e inhumanos, reclutamiento forzado y de menores, Víctimas de Mina Anti Persona (MAP), de Munición sin Explotar (MUSE) y de Artefacto Explosivo Improvisado (AEI), impacto y daño sobre las mujeres, impactos y daños sobre los niños, niñas y adolescentes.

Finalmente establece el proceso de atención: fases, objetivos, responsables y actividades para la atención psicosocial individual, familiar y colectiva.

Por otro lado, frente a la atención integral en salud se define como:

Las actividades esenciales para satisfacer las necesidades de salud de la población víctima, brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) e incluye la totalidad de las actividades, intervenciones y procedimientos en sus componentes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que permitirá a la población afectada recuperar o mejorar su integridad física, emocional y psicológica (Ministerio de Salud y Protección Social, S.F).

Así mismo establece que la atención en salud para las víctimas de conflicto armado comprende la atención en salud y rehabilitación de la salud mental y física. Se estipula la atención en salud desde un enfoque psicosocial, de manera que las Entidades que brinden atención no generen la re-victimización, sino que por el contrario se desarrollen mecanismos para mitigar los daños ocasionados por la violación de derechos y transforme sus condiciones de salud.

Desde la perspectiva de atención integral, en las personas víctimas del conflicto armado, reconoce que:

Exista o no afectación en la salud mental, se presentan daños individuales y colectivos que se ven reflejados en:

- Pérdida de identidad
- Se trastoca la creencia de invulnerabilidad y de control sobre la propia vida; la sensación de tener control sobre lo que se decide y no merecer ser lastimado o castigado,
- Se pierde la confianza en los otros y en la bondad del otro; se controvierte la noción de que los otros son buenos y tienden a ayudarnos y a apoyarnos,
- Se afecta la empatía como capacidad de ponerse en el lugar del otro,
- Se altera la confianza en el carácter controlable y predecible del mundo,
- Se rompe la creencia de que vivimos en un mundo ordenado y predecible donde los hechos son controlables y donde hay unas

reglas que adecuadamente utilizadas llevan a consecuencias anticipadas

1.4. LOS CENTROS DIGNIFICAR Y EL PROYECTO TEJIENDO ESPERANZAS

Los Centros “Dignificar” se crearon en la administración del alcalde de Bogotá Gustavo Petro en el marco del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”, 2012-2016, en cumplimiento a lo establecido en la Ley 1448 de 2011, con el objetivo de brindar a las víctimas atención en materia social, jurídica y psicológica, de manera individual y colectiva en un mismo espacio.

Donde las Secretarías de Salud, Integración Social y Gobierno, la Personería, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Unidad Especial de Atención y Reparación a las Víctimas ofertarían sus servicios a la población víctima del conflicto armado, en concordancia con la Ley de víctimas, con el fin de fortalecer la atención a dicha población y continuar con el proceso de reparación integral buscando de esta forma aportar al Proceso de Paz fortaleciendo los procesos de reparación colectiva, la cual incluía retornos, restituciones, reubicaciones y atención primaria en salud a las víctimas (Integración Social, 2011).

En este contexto, se creó el Proyecto Tejiendo Esperanzas, como una estrategia de respuesta frente a la obligatoriedad de la Secretaría de Salud Distrital de implementar el Programa de Atención Integral a Víctimas de Conflicto Armado (PAPSIVI) establecido en la Ley 1448 de 2011. En ese sentido, Tejiendo Esperanzas se instauró como un modelo de atención primaria en salud con enfoque psicosocial para las víctimas del conflicto armado interno el cual buscaba generar desde el sector salud una apuesta territorial y poblacional que incluyera medidas de atención integral en

salud y atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado en Colombia, en este caso para Bogotá. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015).

Durante la administración distrital de 2012-2016 se crearon 7 centros Dignificar ubicados en las localidades de Suba, Chapinero, Rafael Uribe Uribe, Kennedy (Patio Bonito - Sevillana), Bosa y Ciudad Bolívar, de estas localidades solo Bosa, Suba, RUU y Chapinero contaban con el proyecto Tejiendo Esperanzas, con un equipo interdisciplinario conformado por médico, enfermera, psicólogos, trabajadores sociales, un sociólogo y un gestor comunitario.

El reto de la atención del proyecto Tejiendo Esperanzas se centraba en garantizar la atención primaria en salud médica - psicosocial; individual, familiar y comunitaria con enfoque diferencial para atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas de conflicto armado como puerta de entrada a la rehabilitación física y emocional en concordancia con la Ley 1448/2011.

En este sentido, a partir de las acciones del proyecto, se iniciaba la operativización del PAPSIVI desde el sector salud a través de las Empresas Sociales del Estado de Usaquén, Chapinero, Rafael Uribe y Pablo VI Bosa en articulación con la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación (Subsecretaría de Salud Pública, 2016):

2. Metodología

2.1 Generalidades

La presente investigación se realizó desde un enfoque cualitativo entendiendo que, según Deslauriers (1996) “el término de investigación cualitativa, designa comúnmente la investigación que produce y analiza los datos descriptivos, tales como las palabras escritas o dichas y el comportamiento observable de las personas”.

Taylor y Bogdan (1987) consideran 10 características de este tipo de investigación:

1. Es inductiva: Los investigadores desarrollan conceptos e intelecciones, partiendo de los datos; sigue un diseño de investigación flexible y comienzan sus estudios con interrogantes formuladas vagamente
2. Tiene una perspectiva holística: Es decir que las personas, escenarios o grupos no se reducen a variables, sino que se consideran como un todo; se estudia el contexto de su pasado y situación actual
3. Sensibilidad a efectos causados en objeto de estudio: Al realizar entrevistas a profundidad, los investigadores siguen un modelo de conversación normal y no un intercambio formal de preguntas y respuestas, reconociendo que si bien no es posible eliminar los efectos sobre las personas que estudian, si intentan controlarlos, reducirlos o entenderlos al momento de interpretar los datos; se considera entonces: a) Se investiga en el entorno real, b) Se estudian los procesos sociales con intervención mínima del investigador, c) se utilizan estrategias flexibles en la obtención de datos, d) se investigan los procesos de

interacción social, e) se construye y reconstruye continuamente el modelo del proceso que se estudia.

4. Se comprende a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas: para la perspectiva fenomenológica resulta esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan, se identifican con la manera de comprender como ven las cosas las personas que estudian
5. El investigador suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas o predisposiciones
6. Todas las perspectivas son valiosas
7. Los métodos son humanistas:
8. Se ponen en relieve la validez de la investigación: Aunque no tiene mayor relevancia la precisión de los datos o la confiabilidad que puede evidenciarse en las investigaciones de corte cuantitativo; si existen procedimientos rigurosos para la investigación de orden cualitativo
9. Todos los escenarios y personas son dignos de estudio
10. Es un arte

Desde el paradigma de investigación se encuentran diferentes métodos que permiten la realización de este tipo de estudios; para efectos de la presente investigación, se determinó realizarla desde un método de estudio fenomenológico; desde esta perspectiva se reconoce que el sujeto de estudio debe ser entendido desde su propio contexto y desde sus propios lenguajes, ya que se reconoce, de acuerdo con Espitia (2013) que “la persona no puede ser tratada científicamente en la misma forma que se trata al ser biológico. El naturalismo ignora la forma en que las personas son constituidas y moldeadas por la cultura, el lenguaje y las comunidades en las cuales viven” (Pág. 2).

Álvarez-Gayou (2004), plantea que la fenomenología “se caracteriza por centrarse en la experiencia personal...descansa sobre cuatro conceptos clave: la temporalidad (tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la relacionalidad o comunidad (la relación humana vivida). (Pág. 86); es así como la presente investigación, a través de entrevistas a profundidad a población víctima de conflicto que ha requerido acceso al ejercicio pleno del derecho a la salud; a través de la narrativa,

permite identificar si existen o no, y cuáles son las barreras de acceso que esta población presenta.

El enfoque fenomenológico, permite que el investigador, a través del discurso propio de los sujetos de investigación, la experiencia vivida, sus percepciones frente a su propia realidad; pueda generar, analizar y comprender a través de su narración; como lo señala Álvarez-Gayou (2004) “las preguntas de quien investiga, se dirigen hacia una comprensión del significado que la experiencia vivida tiene para la persona y el análisis de los datos consiste en un proceso de lectura, reflexión escritura y reescritura” (Pág. 88)

La entrevista a profundidad planteada para este estudio permite profundizar en la comprensión de la perspectiva del otro desde su propio constructo de la realidad a partir de las experiencias vividas con relación a un tema o situación específica, con respecto a este aspecto se tomó en cuenta como referente conceptual lo planteado en el artículo *La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico* elaborado por Bernardo Robles, quien hace una recopilación conceptual del papel de la entrevista a profundidad como “una forma clave de profundizar en la subjetividad social dentro del ámbito antropológico” (Robles, 2011)

De acuerdo con la pretensión de este estudio la entrevista a profundidad resulta una adecuada estrategia de obtención de información dada la naturaleza y planteamiento metodológico del estudio, pero más allá de esto permite una aproximación al fenómeno de estudio desde una posición de cara a cara con la persona permitiendo la posibilidad de construir desde el conocimiento de la vivencia propia una realidad conocida pero no sentida como espectador de la situación de acceso a los servicios de salud de la población víctima del conflicto armado, facilitando la cercanía y apropiación de este fenómeno en una posición empática que genere confianza y en otra medida sea una conversación con tintes terapéuticos mediados por la capacidad de escucha hacia los entrevistados.

Finalmente, para el análisis se utilizó una metodología de investigación narrativa, que permite a través del relato realizado por los sujetos de investigación, pueda realmente

comprender y analizar como vivencian para este caso, el acceso a los servicios de salud en condición de víctimas de conflicto. Al respecto Connelly y Clandinin (1990) señalan que “la investigación narrativa es el estudio de las formas en que los seres humanos experimentamos el mundo” (Pág. 6).

2.1.1 Tipo y diseño general del estudio

Teniendo en cuenta que la investigación cualitativa “requiere una metodología sensible a las diferencias, a los procesos singulares y anómalos, a los acontecimientos y a los significados latentes” (TEJEDOR, 1986 CITADO POR MUNARRIZ, 1992, P,103), para el caso de la presente investigación se realizó un estudio *cualitativo fenomenológico de corte narrativo*, que permita entender y describir la percepción cotidiana de personas pertenecientes a la población víctima del conflicto armado ante diversas situaciones que se presentan con ocasión al acceso a los servicios de salud, mediante narrativas que permitan a los participantes contar sus experiencias y vivencias a este respecto.

Para efectos de alcanzar un proceso de comprensión del fenómeno, el análisis de datos se enmarca en un enfoque descriptivo al tener énfasis en representar con el lenguaje las esencias universales, considerar la persona como representativa del mundo en el que vivimos, creer que la conciencia es lo que se comparte como humanos, al haber adherencia al rigor científico asegura la descripción de estructuras esenciales, teniendo en cuenta que poner paréntesis asegura que la interpretación está libre de prejuicios; así como también es de carácter interpretativo al comprender el fenómeno en el contexto, considerar a los participantes como seres auto-interpretativos, considerar que los participantes al ser seres humanos comparten la cultura, la práctica y el lenguaje, y al construir interpretaciones significativas a partir de la co-creación entre investigador y participantes (Escalante y Páramo, 2011. Pág. 111).

Colaizzi (Citado por Sánchez, 2001) plantea que para ampliar el conocimiento de un fenómeno debe reconocerse primero las fundamentaciones del mismo, así como la definición del fenómeno a partir de la recolección de descripciones de los participantes, el análisis secuencial de la información para depurar la esencia (Pág. 39). Por lo que además de realizar la revisión conceptual para la comprensión y fundamentación para la investigación, a partir de los relatos de quienes participaron en el presente estudio, se define el fenómeno, es decir, las realidades y los retos que como población víctima de conflicto armado tienen en el acceso a la salud en Bogotá.

En ese sentido, se implementó en el análisis narrativo el método de Colaizzi, al organizar unidades de significados percibidos y agruparlas entre sí. Este método de análisis contempla una serie de pasos: (1) Leer y re-leer las descripciones para adquirir un sentimiento con la experiencia, (2) Extraer afirmaciones significantes para la generación de información pertinente al fenómeno que se está estudiando, (3) Formular significados de manera que se identifiquen o iluminen los significados ocultos, (4) Categorizar en conglomerados de temas y validar con el texto original con el propósito de identificar experiencias comunes entre los participantes, y (5) Describir para generar un prototipo de modelo teórico (Colaizzi, 1978 citado por Escalante y Páramo, 2011. Pág. 120).

2.1.2 Categorías de análisis

Para efectos de la presente investigación se tuvieron en cuenta las siguientes categorías de análisis, las cuales permitirán evidenciar la percepción del fenómeno del acceso a los servicios de salud en la ciudad de Bogotá para la población víctima del conflicto armado.

1. Características poblacionales: dada la dinámica del conflicto en el país, la diversidad cultural y étnica evidenciada en la caracterización de la población víctima del conflicto armado en el distrito, se tendrá en cuenta esta categoría en cuanto a diferenciación de los entrevistados por sexo, edad, etnia, lugar de origen, escolaridad y afiliación al SGSSS.

2. Barreras de acceso: geográficas, administrativas, económicas, culturales. Estas son las principales barreras conocidas y reportadas por la literatura en cuanto al acceso a los servicios de salud, por tanto, se tendrán en cuenta a partir de la identificación de cada una de ellas por parte de los entrevistados y sus percepciones frente a estas.
3. Percepciones del sistema de salud como víctimas de conflicto: son los elementos esenciales del derecho a la salud y su acceso a los servicios de salud desde su propia perspectiva, vivencias y experiencias personales dentro del sistema.

2.1.3 Población y muestra (participantes).

La población con la cual se realizó el presente análisis hace parte del universo de víctimas del conflicto armado residentes en la ciudad de Bogotá; quienes al momento de la recolección de datos era atendida por el equipo del proyecto Tejiendo Esperanzas del Centro Dignificar de la localidad de Chapinero quienes fueron los sujetos de estudio.

Con base en esta población se realizó un muestreo estructural elegido a juicio dentro del cual se tuvieron en cuenta criterios de selección tales como sexo (hombres y mujeres), etnia (indígenas, afrodescendientes y personas sin pertenencia étnica), edad (mayores de 18 años), y cuidadores de personas en condición de discapacidad física o mental o de adultos mayores; participando un total de 8 personas en el presente estudio.

El criterio de saturación de categorías de análisis se asumió teniendo en cuenta el aporte de nueva información con respecto a la percepción del acceso a los servicios de salud, como se establece en la definición de saturación de categorías dada por Sampieri, Fernández y Baptista (2010), según la cual la saturación se da: “cuando los datos se vuelven repetitivos o redundantes y los nuevos análisis confirman lo que se ha fundamentado”. Este proceso permite el entendimiento del fenómeno a través de evidenciar las respuestas a la pregunta de investigación a medida que se va avanzando en el proceso de levantamiento de la información.

Para el caso de esta investigación la saturación se logró en la octava entrevista, identificando especialmente una categoría emergente la cual correspondió a los sentimientos que se les generaba como usuarios del sistema en su condición de víctimas, frente al funcionamiento del SGSSS.

2.1.4 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos

Anexo A) que partió de la pregunta orientadora, ¿cómo percibe el acceso a los servicios de salud y sus barreras en la ciudad de Bogotá y cuál ha sido su experiencia? La cual pretendió introducir y estimular el inicio de la narración.

3. Como instrumentos de recolección de la entrevista narrativa en profundidad (no estructurada) (Véase

De acuerdo con lo expuesto por Castillo y Vásquez (2003) los criterios que comúnmente se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo son la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad.

En cuanto a la credibilidad, refiere que se alcanza a través de las observaciones y conversaciones, con los participantes en la investigación, con base en el reconocimiento de lo que ellos sienten y piensan acerca del fenómeno a estudiar y que al final refleja los hallazgos como resultados verdaderos. Con respecto a esto, para el caso de esta investigación la población participante venía de un proceso de atención psicosocial en donde se había tenido contacto mediante el seguimiento que la autora de este trabajo,

como enfermera hacía a su situación de salud, lo que le permitió conocer y evidenciar la situación particular en la que cada uno se encontraba con respecto al tema de investigación.

Este criterio se reforzó de acuerdo con Castillo y Vásquez (2003) con las notas de campo y la transcripción textual de las entrevistas como respaldo de lo manifestado por los participantes y la interpretación dada a ello.

Con respecto al segundo criterio planteado, la auditabilidad, que se refiere a la posibilidad de que otro investigador haga un seguimiento al proceso que se ha dado durante el estudio permitiéndole llegar a conclusiones parecidas a las planteadas por el investigador principal. En este caso, los audios de las entrevistas fueron escuchados y leídas sus transcripciones por una trabajadora social con experiencia en atención a poblaciones vulnerables, quien actuó como auxiliar de investigación, lo cual permitió darles una relectura a los hallazgos con base en sus comentarios respecto a la investigación. El criterio se refuerza con las grabaciones de cada una de las entrevistas, las características de los informantes y los análisis de las transcripciones de las entrevistas.

Como tercer criterio se establece la aplicabilidad o transferibilidad, lo cual implica que los resultados de la investigación se puedan extender a otro tipo de población que comparta características estructurales con la estudiada; para el caso de esta investigación, podría darse lugar a otra investigación en poblaciones vulnerables de acuerdo a las cotidianidades que viven todas las personas en el sistema de salud colombiano, en ese sentido, en un contexto diferente al de las víctimas en Bogotá los resultados podrían ser similares. Para esto es importante una descripción a profundidad de las características de la población y el territorio.

3.1 Aspectos éticos

Teniendo como marco de referencia la Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, y como lo especifica el artículo 4 de esta resolución, se considera que esta investigación tiene que ver con el desarrollo de acciones que contribuirán al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud y dado que esta involucra en su desarrollo a seres humanos prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar (artículo 5), de igual manera se tuvo en cuenta lo mencionado en el artículo 6, en cuanto a que prevaleció la seguridad de los beneficiarios y se expresaron claramente los riesgos así como que contó con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación.

Tal como lo enuncia el artículo 8, se protegió la privacidad de las personas, participantes de investigación, identificándolas solo cuando los resultados lo requirieran y ellas lo autorizaran, teniendo en cuenta el principio de confidencialidad y de no maleficencia. Para identificar las entrevistas citadas en el texto, solamente se recurrió a iniciales.

Teniendo en cuenta lo citado anteriormente, este proyecto se clasifica como investigación de riesgo mínimo, dado su enfoque cualitativo de corte narrativo donde no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaron en el estudio, sin embargo, dada la complejidad del tema y hecho de la recordación y narrativa de los participantes se pueden presentar situaciones de tipo emocional de difícil manejo.

Con respecto al consentimiento informado, se elaboró conforme a lo requerido en el artículo 15 de la resolución, por escrito y con plena autorización y voluntad de los participantes en la investigación (Véase **Anexo B**).

Por último, cabe resaltar que para el desarrollo de esta investigación se tuvo en cuenta el enfoque de acción sin daño para garantizar la no re-victimización de la población y que la interpretación de los datos fue cautelosa, objetiva y respetuosa.

El estudio fue aprobado mediante acta No. 021-240-15 de fecha 10 de diciembre de 2015 del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

3.2 Plan de análisis de los resultados

Para el análisis de datos se sistematizó la información recogida en las narrativas mediante transcripción total de estas a partir de audios grabados durante la realización de las correspondientes entrevistas. Esta se organizó y diferenció por categorías propuestas previamente, lo cual dio lugar a un análisis de tipo fenomenológico que permitió describir el significado de las experiencias de los participantes a partir de su propia visión con respecto al tema de barreras de acceso a la salud en Bogotá.

Desde esta perspectiva, el análisis se realizó de la siguiente manera:

1. Transcripción total de las entrevistas, tal como fueron grabadas las entrevistas fueron transcritas línea a línea.
2. Lectura total de las entrevistas transcritas, de manera consecutiva, para familiarizarse con el contenido macro, reconocer las narrativas de los participantes frente a los temas específicos de la investigación
3. Lectura y relectura completa de cada una de las entrevistas de forma íntegra, de manera que se lograra generar un sentimiento a partir de las narraciones transcritas.

-
4. Identificación de frases con contenido significativo y relevante, teniendo en cuenta que lo narrado por los participantes fuera relacionado con las dificultades y barreras de acceso que viven como víctimas de conflicto y que fuera más allá de la subjetividad, es decir que presentara narración de la experiencia vivida y no solo la descripción de la percepción.

 5. Análisis temático, de acuerdo a las categorías en el contexto de las frases identificadas y señaladas por cada una de las categorías de análisis; se identifican entonces los principales temas narrados desde la experiencia de cada participante, en el marco de cada barrera de acceso se identifican las vivencias en común que pone de manifiesto cada categoría.

 6. Elaboración de matrices con los temas comunes identificados por cada categoría analítica (Véase

7. **Anexo C).**

8. Lectura transversal de todas las entrevistas, estableciendo la presencia de temas comunes; además de identificar las diferentes frases significativas y cómo se relacionan directamente con cada categoría de análisis establecida, se buscaron también correlaciones posibles entre dos o más categorías.
9. Relectura intensiva de cada entrevista para identificar temas relacionados con las categorías o con una manifestación singular que merece ser rescatada individualmente.
10. Elaboración de matriz para identificar cada entrevista en el marco del análisis por categorías y temas, teniendo en cuenta las frases significativas o relevantes.
11. Construcción de narrativa unificada entrelazando la lectura transversal y la lectura intensiva.

Finalmente, se encontró que al realizar la lectura intensiva de cada entrevista transcrita, cada narración, y al generarse un sentimiento frente a cada una de ellas, mientras se identificaban las frases significativas y las vivencias, se logró evidenciar, sin lugar a duda, desde la experiencia, las categorías de análisis y los temas relacionados con los objetivos del estudio; y que al hacer una lectura transversal se pudieron evidenciar los puntos de encuentro entre las diferentes narraciones que sustentan la presente investigación, a la vez que se pusieron de manifiesto narraciones singulares que se distinguían; con todo lo anterior, fue posible generar un análisis de interrelación en el contexto de las realidades que viven las personas víctimas de conflicto en cuanto al acceso a su derecho a la salud, haciéndose posible la reflexión y la discusión frente a los resultados de la investigación, y ante la complejidad que abarca las dinámicas geográficas, culturales, políticas, económicas y sociales relacionadas con el asunto en estudio.

4. Análisis de resultados

4.1 Características poblacionales

La muestra partícipe de la presente investigación estuvo conformada por 8 personas (6 mujeres) y (2 hombres); mayores de edad. Una de las mujeres pertenece a una comunidad indígena y provenía de Silvia, Cauca; todos los participantes al momento de la recolección de datos se encontraban activos en el proyecto Tejiendo Esperanzas del Centro Dignificar de la localidad de Chapinero, recibiendo atención psicosocial en el marco de la implementación del PAPSIVI en la ciudad de Bogotá.

Todos los participantes pertenecen a la población víctima de conflicto, y uno de los hechos victimizantes comunes para todos fue el desplazamiento forzado. Sin embargo, en el marco de respeto y la no revictimización, no se indagó con mayor profundidad frente a la situación que originó el hecho, y tampoco se indagó por la ocurrencia de otros hechos victimizantes en el marco del conflicto armado interno en Colombia que les hubiesen afectado, de manera que no se generara otro tipo de afectación psicosocial adicional; Aunque no se contó con participantes identificados en condición de discapacidad, dos de las mujeres se identifican como cuidadoras de personas en condición de discapacidad física.

De las seis mujeres participantes, cuatro eran cabeza de hogar, cuatro estaban desempleadas o contaban con un trabajo informal, una pertenecía a la población

afrocolombiana, una a la población indígena y las cuatro restantes, se declararon sin pertenencia étnica.

En cuanto a los dos hombres, no tenían pertenencia étnica, se encontraban desempleados y uno de ellos era adulto mayor de 65 años.

Tabla 1. Perfiles entrevistados

ENTREVISTADOS	1	2	3	4	5	6	7	8
	S.A	E.S	M.C	M.P	D.A	A.C	A.G	L.M
	MUJER AFRO 26 AÑOS PROCEDENCIA: URABA/ ANTIOQUIA PROFESIONAL CONTRATISTA RG. CONTRIBUTIVO	MUJER MESTIZA 59 AÑOS PROCEDENCIA: URRAO/ANTIOQUIA PRIMARIA DESEMPLEADA RG. CONTRIBUTIVO (INDEPENDIENTE)	MUJER INDÍGENA 33 AÑOS PROCEDENCIA:SILVIA / CAUCA SIN ESCOLARIDAD EMPLEADA RG. CONTRIBUTIVO	MUJER MESTIZA 56 AÑOS PROCEDENCIA: CORDOBA PRIMARIA EMPLEADA INFORMAL RG. SUBSIDIADO	MUJER MESTIZA 33 AÑOS PROCEDENCIA: META BACHILLER INDEPENDIENTE RG. SUBSIDIADO	MUJER MESTIZA 38 AÑOS PROCEDENCIA: PUTUMAYO DESEMPLEADA BACHILLER RG. SUBSIDIADO	HOMBRE MESTIZO 32 AÑOS PROCEDENCIA: META DESEMPLEADO BACHILLER RG. SUBSIDIADO	HOMBRE MESTIZO 65 AÑOS PROCEDENCIA: VALLE DEL CAUCA PROFESIONAL DESEMPLEADO SIN AFILIACION

Fuente: elaboración propia

4.2 Características de ubicación geográfica

Todos los participantes se encontraban asentados en el Distrito Capital, y provenían de diferentes lugares del país, se identificaron víctimas provenientes de los departamentos de Antioquia, Meta, Cauca, Valle del Cauca y Putumayo. Al momento del estudio se encontraban ubicados en diversas localidades del distrito como lo son: Santa fe, Engativá, Fontibón, Ciudad Bolívar y Kennedy.

4.3 Barreras de acceso

De acuerdo a las categorías presentadas de barreras de acceso a los servicios de salud percibidas por la población víctima de conflicto armado en Bogotá, a continuación se describen según las narrativas de las personas entrevistadas.

4.3.1 Geográficas

A través de las narraciones se identificaron barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud una vez las víctimas se encuentran asentados en Bogotá;

El desplazamiento a los centros de atención, que en general no se encuentran ubicados en puntos de fácil acceso desde el lugar de vivienda, representa una de las mayores dificultades, así como el desconocimiento espacial en la ciudad. Una vez las víctimas inician procesos de búsqueda de atención por parte de las entidades prestadoras de servicios en salud, se encuentran con la necesidad de desplazamiento al interior del Distrito Capital, el cual por supuesto tiene una dinámica diferente en cuanto a modos de ubicación y medios de transporte respecto a sus lugares de procedencia.

M. C., indígena proveniente de Silvia Cauca, relata: *“me tocaba andar pa'llá y pa'cá, a La Victoria alcancé a ir, me tocó ir como a las 5 de la tarde me colocaron cita y eso siempre es lejos, por allá más arriba del 20 de julio, cogí el bus como a las 6:15 estuve llegando casi a las 8 de la noche a mi casa, fue duro”*, ilustrando así las dificultades de acceso a la atención en lugares lejanos a los sitios de vivienda y los tiempos de desplazamiento, afectan la calidad de vida de quienes buscan ser atendidos.

E. S. cuenta cómo además de la distancia entre el lugar de vivienda y los puntos de atención, los sistemas de transporte dificultan la movilización de las personas en condición de discapacidad física, ya que por la situación económica general, deben desplazarse a través de medios masivos de transporte público.

En este caso además, hace referencia a una mayor dificultad al movilizar a su madre, una señora de 80 años en condición de discapacidad: *“algo muy duro para llevarla a ella al médico, el transporte es muy duro porque no se puede, toca ir en Transmilenio, y en Transmilenio es muy lejos, muy lleno y casi uno no se puede acomodar con esa silla, para*

bajarla es un complique entonces, entonces para mí ha sido muy duro, muy duro, muy duro lo de la salud. “.

4.3.2 Económicas

Se puede identificar que las víctimas de conflicto participes de la presente investigación, no contaban con trabajos estables, por lo que su actividad económica estaba relacionada con la informalidad; aunque se encuentran asentadas en el Distrito Capital.

Se presentan barreras de acceso relacionadas con los costos para el transporte; las entidades prestadoras de servicios de salud, además de no encontrarse en puntos cercanos al lugar de vivienda, cuentan con una red distribuida de modo desigual por la ciudad, para la atención y para trámites administrativos de los que se hablará en este documento más adelante; en relación con lo anterior, algunas narraciones reflejan las barreras generadas a causa de las dificultades económicas y la falta de recursos para la movilización en el marco de la dispersión geográfica de las redes de servicios de salud por la ciudad:

M. C. - “Fue complicado porque no tenía plata, todo por lo menos para Simón Bolívar me tocaba pagar dos buses y no estaba trabajando, no tenía plata para poder pagar todos los buses que me tocaba andar pa’llá y pa’cá, a La Victoria alcancé a ir” Relato de M.C

D.A - “porque eso me ha pasado a mí, que me enfermo, me voy por urgencias y me dicen señora, es que usted no la pueden atender acá, porque usted acá no tiene y a usted la están atendiendo en el sur, tiene que irse para allá, por ejemplo ahorita que me enfermé de gravedad pero enferma... enferma, me fui para el hospital del Fontibón, que no, que me

fuera para el Galán que allá era donde yo tenía atención, imagínese ese día que me sacaran del hospital, en un taxi, nos cobró casi 30 mil pesos ese taxi”.

Otra de las barreras económicas identificadas se relacionó con el acceso a medicamentos; ya sea porque las barreras administrativas generan la necesidad de comprarlos con recursos propios, o aún peor, dejan sin acceso a estos.

E.S. - “no le entregan la tiroxina, para uno, para uno que no tiene, que carece de tantos recursos es muy cara”.

M.C. – “porque había una urgencia uno, y cuando querían lo atendían o no y le mandaban unos medicamentos a uno, que uno nunca tenía la plata para comprarlos entonces siempre ha sido complicado” Relato de M.C

S.A. – “Con los medicamentos, pues no me ha pasado a mí, pero si por ejemplo tengo compañeros que con los medicamentos les ha sido imposible que se los entreguen a tiempo, algunos prefieren pagar por aparte para que le entreguen sus medicamentos y no esperar que la EPS les autorice los medicamentos...una paciente de... psiquiátrica que para que le entreguen los medicamentos es bastante complicado, le toca es tutela, tutela, tutela para que le entreguen los medicamentos...se nos está muriendo la gente porque no entregan los medicamentos, no dan citas, en Colombia no hay especialistas”.

A.C. - “Tengo dos niños prácticamente con discapacidad, que sufren epilepsia fue, un poco imposible que me le dieran tratamiento a tiempo y que mándelos a neurología y neurología, se vencen las autorizaciones, no hay agenda, no hay nada, entonces los niños ahorita me están sin medicamentos”.

4.3.3 Administrativas

Los participantes de este proceso de investigación, en su totalidad refirieron haber vivenciado este tipo de barreras, por supuesto, cada uno narrando desde su percepción, se logran identificar y subcategorizar las siguientes:

1. Afiliación: se manifestaron dificultades en lo relacionado con el inicio de la cobertura en la ciudad de Bogotá, una vez han migrado a la ciudad; las instituciones de origen no permiten la movilidad, por lo que al momento de acudir a solicitud de servicios, las entidades prestadoras de servicio manifiestan solo tener cobertura para urgencias vitales; de esta manera, el acceso a los servicios de salud para atención prioritaria, urgencia no vital, preventiva, etc., queda aplazada, hasta que se le dé movilidad. En algunos casos, se le sugiere a la víctima realizar las gestiones en sus territorios de procedencia para solicitar el trámite, desconociendo por completo la situación de vulnerabilidad.

Relato de M. - "Para mí es un obstáculo porque imagínate uno sin tener salud, sin contar con nada de salud, pues uno está muerto por ese lado porque...si nadien atiende a uno, uno va y le dicen no que... yo he ido y me dicen no que tú te encuentras activa allá en la costa, no podemos atenderte porque te encuentras allá activa, y lo que me dijeron fue que tenía que ir allá a la costa pa' que desafilieran. Solamente por urgencias que me atendieron una vez que yo me quemé y la droga me toco comprarla" -.

M.C - "No tenía acceso a la salud, me afilié en Caprecom y no pude tener acceso a salud, quedé en embarazo, no me atendieron...Porque siempre me mandaban a un hospital, que no, que no estaban que no tenían convenio con Caprecom...y allá iba a Caprecom hablaba con la que maneja todo lo de las citas decía no váyase a tal parte, decía no, que la tienen que atender quiera o no quiera porque nosotros estamos pagando y la doctora me decía eso, que tenían la atención en Caprecom y allá me contestaban que no, y no me atendían que porque no pagaban, entonces la señora que atendía en Caprecom, no que nosotros estamos pagando que como no lo va a atender".

M.L – “Soy una persona que sufro de diabetes, soy una persona que en los atentados que me hicieron perdí un oído, soy sordo por el oído derecho y ha sido imposible vincularme a la salud, luche bastante para que me reconocieran y me subieran al sistema y ahora que me subieron al sistema llevo 2 meses y no ha sido posible que me reconozcan o que me certifiquen la afiliación a salud”.

2. Atención médica: una de las dificultades más sentidas por las víctimas es la atención médica ya sea porque la Entidad Prestadora de Salud refiere no contar con aprobación de recursos, o por no vigencia del convenio entre la Entidad Prestadora de Servicios de Salud y la Institución Prestadora; o por falta de agendas, por lo que se ha negado la atención en salud requerida, aún en el caso de múltiples vulnerabilidades, pues se narra el caso de una mujer, indígena, en embarazo y víctima de conflicto, sin acceder a los controles prenatales por falta de capacidad de respuesta administrativa por parte de su EPS-S; o por no contar con agenda disponible para la programación de citas tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo:

S.A. - “En el régimen contributivo con Compensar tengo que decir que eso ha sido nefasto porque llevo más de 3 meses intentado sacar una cita y me dicen que llame los lunes a las horas de la mañana, a las 7 de la mañana porque abren agenda y acostumbro a llamar todos los lunes en la mañana por ahí 7:10 - 7:20 y me dicen que no hay agenda, que la cita me la pueden dar para noviembre y yo le digo pero cómo es posible que ustedes me estén diciendo que para noviembre si yo estoy en un tratamiento y necesito que me atiendan con unos exámenes lo más pronto posible y NO he podido conseguir la cita, ni prioritaria porque también en intentado pedirla prioritaria y como prioritaria tampoco”-.

M.C. - “No tenía acceso a la salud, me afilié en Caprecom y no pude tener acceso a salud, quedé en embarazo, no me atendieron...Porque siempre me mandaban a un hospital, que no que no estaban que no tenían convenio con Caprecom” -.

E.S. - “voy a sacar, citas nunca hay citas, eh siempre me dicen que no hay agenda... Para poder acceder pues puros problemas, pues que no hay médicos, que no hay droga y eso que en Saludcoop”.

A.C. - “Tengo un niño con una discapacidad de síndrome de Marfan por lo que estoy en proceso de cirugía de él, pero últimamente las citas son muy complicadas, eh me dan un número para llamar al hospital el tunal en especial y llamo y nunca me contestan, eh llevo 3 meses pues solicitando la cita para él, para que ya me le programen la cirugía y es imposible”.

L.M. - “Claro yo en el Valle tomaba medicamento, mis pastas y yo tenía insulina y ha sido imposible lograr insulina aquí y estoy bastante preocupado por ese detalle y hasta la fecha de hoy no he podido tener la oportunidad de que me den una cita”.

3. Trámites internos: aunque cada entidad cuenta con sus procedimientos internos para los procesos de autorizaciones, se encuentra que para el caso de la atención subsidiada para las víctimas, requirieron desplazamientos y trámites adicionales para continuar con los procesos de diagnóstico y atención médica especializada, medicamentos, cirugías y en general con lo que refiere a la atención completa, de manera que articulado con las dificultades económicas, se generan mayores dificultades para la atención digna, completa y oportuna.

A.C. - “Llevo 3 meses pues solicitando la cita para él, para que ya me le programen la cirugía y es imposible... ha sido un poco complicado porque para uno poder ir a autorizar una cita, o sea que le autoricen a uno una cita con un especialista son de 4 a 5 horas estar uno de pie esperando que le autoricen y eso es muy difícil”-.

D.A - “Llega uno a las 6 de la mañana y que ya no hay ficha, que le toca a uno estar por lo menos a las 4 de la mañana, arriesgándose uno a la calle porque es una cola en la calle donde uno tiene que estar allá esperando que abran porque abren es a las, la atención es a las 7 de la mañana y se queda uno 3-4 horas en la calle, llegue a las 4, llegue a las 7,

que no que ya no hay ficha porque repartieron apenas hasta 100 o 300 fichas y aparte de eso, venga otro día” -.

E.S. - “Muchas veces uno no tiene ni el pasaje para ir a sacar esas autorizaciones y le dan las autorizaciones, llega uno a la casa a llamar y eso mejor dicho lo empiezan a uno a insultar esas señoras que contestan, que no, que no hay agenda, que no moleste, que muy cansona, que no sé qué”.

A.G. - “Cuando fui a sacar la autorización me la sacaron mal, me tocó regresar al otro día a volver a sacar la autorización, me la volvieron a sacar mal”.

D.A. - “Llevo un año otra vez detrás de que la cita de neurólogo...autorizo, se me vencen las autorizaciones y nada que logro sacar la cita para los niños de neurología, ahorita volvieron y me la dieron, que no, que hay que llamar por teléfono, o que hay que inscribirnos a una página triple w hospital misericordia y logra uno meterse allá y nada no he podido” -.

A.G - “La atención es muy demorada, muy muy demorada para pedir una cita, son 5 o 6 horas en una fila...nos mandan a hacer filas, a hacer muchos trámites para al final no atendernos o sacarnos excusas de que no hay citas, que está todo copado...y no pude conseguir la cita, ya que en agosto ya estaba todo estaba copado, el mes pasado y no había especialistas suficientes”-.

4. Calidad en la atención: la percepción frente a la calidad, el trato digno, el respeto por parte de los funcionarios, principalmente los administrativos, genera marcados efectos sobre las víctimas; En general, muestran un sentimiento de impotencia frente al trato inadecuado, y en algunos casos, humillante al acceder a las instituciones a ejercer su derecho a la salud. Perciben entonces, no solo la falta de solidaridad, sino discriminación por su condición de desplazado, por

su condición económica, por su condición de vulnerabilidad...es decir, por ser víctima del conflicto.

Estas son algunas de las expresiones de los participantes al referirse a la atención con calidad, respeto y dignidad:

A.G - *“Hay tratos muy diferentes toda la vida, siempre a uno se le va a mirar, al desplazado se le va a mirar ahí veces como ladrón, como oportunista pero lo miran, en eso como desplazado, como una palabra, no ven el fondo lo que uno ha vivido años atrás, y lo que le ha tocado vivir, si no para ellos desplazados es una palabra, o sea, es cuando le dicen desplazados es alguien, una gente sin recursos” -.*

D.A - *“Su forma de atender me...me entristece como lo discriminan a uno, debe haber más una atención que realmente sea solidaria o darles un curso a esas personas como deben de atender el público, porque todos, es como atención al público, por eso dice, atención al público se supone que debe de haber una solidaridad, ser más humanos, porque hay personas que trabajan en los hospitales y no son humanos, son personas que lo miran a uno como si uno fuera quién sabe qué, la demora es que uno les dice no es que venimos de tal parte entonces uy no, eso piensan es que uno es un ladrón, pero como si fuera un ladrón ahí si no harían eso porque apoyarían todo esas cosas, pero una persona que viene del campo, por ejemplo como en el sentido mío que me ha pasado, de la noche a la mañana llegar a una ciudad donde ha estado peor que donde estaba” -.*

L.M. - *“Yo creo que los funcionarios de salud deberían tener una capacitación muy clara, una capacitación de sensibilidad social”.*

M.P. - *“Yo digo será que falta, no sé, como, como personas que realmente les importe la salud, y la vida de las demás personas, ¿sí?”-.*

L.M. - “Yo percibo que de mí se burlaron venga mañana, venga pasado mañana, venga dentro de un mes, venga dentro de quince días, venga dentro de cuarenta y cinco días, no, es mejor que meta una petición, no es que mejor haga una tutela, no lo que usted quiera hacer o si no esperece hasta que nosotros confirmemos, entonces esa no es la respuesta que se le puede dar a la comunidad”-.

A.C. - “En una ocasión me contestó una niña donde fue demasiado grosera, me trato mal y me decía nada de lo que yo le estaba diciendo cuando yo llamaba era a sacar una cita con el cirujano y ella empezó como a tomar ahí todo lo que le estaba diciendo como en recocha, me duele mucho porque siento que están jugando con la salud de mi hijo, porque él está muy enfermo” -.

4.3.4 Culturales

Al respecto, no se encontró que alguno de los participantes hubiese estado involucrado en la construcción, implementación o seguimiento de los programas de atención en salud para personas víctimas de conflicto armado; por el contrario, manifiestan el desconocimiento total o parcial frente a las rutas de atención, de acceso, de información, de atención al usuario; incluso se desconoce a quien acudir en los casos de negligencia, de no atención, de urgencia.

En esta categoría es importante resaltar que el hecho del estigma que tiene el resto de la población sobre las personas víctimas del conflicto armada ya es de por si una barrera relevante para ellos tanto dentro del sistema de salud como en otros espacios sociales.

M. - “Deberían de digamos como, como darle más información, como te digo, deberían de dar más información, de explicarle a uno más las cosas para uno así llegar, digamos entender mucho más... muchas veces, por qué... por qué las cosas son así y entender cómo llegar a los servicios”-.

A.G. -*“Ahí hay discriminación como por parte de los entes porque no dan buena información sobre cómo tiene que llegar uno allá, sobre cómo o cuál es el estado, o sea uno puede llegar si uno tiene sus paqueticos y sus corotos pues y no tiene donde guardarlos pues le toca a uno ¿no? Llegar y hacer fila con eso”-*.

La falta de información clara y adecuada para las víctimas genera un mayor sentimiento de impotencia, pues no solo no acceden al ejercicio pleno de su derecho, lo que afecta su calidad de vida, sino que además pareciera que no hay quien dé respuesta a sus necesidades, quién oriente o apoye su gestión. La única medida efectiva que se reconoce es la tutela, que, aunque evidentemente da respuesta a sus necesidades particulares, no lo hace en el tiempo de la respuesta inmediata.

S.A. - *“Yo conozco una paciente... psiquiátrica que para que le entreguen los medicamentos es bastante complicado, le toca es tutela, tutela, tutela para que le entreguen los medicamentos...se nos está muriendo la gente porque no entregan los medicamentos, no dan citas, en Colombia no hay especialistas”-*.

S.A. - *“Lo que no es tan adecuado es el trato hacia la población, uno se siente discriminado...falta mayor humanización a la gente que atiende”-*.

E.S. - *“No hay ninguna información, como le digo no hay ninguna información porque mire yo he corrido hasta la Secretaría de Salud, he ido hasta la Secretaria de Salud, allá le cierran a uno también las puertas, esos celadores ni lo dejan entrar a uno, ni lo dejan entrar a uno allí a la Secretaría de Salud, que queda allí en la 32 con 13 y uno va que a ver... ay! que por favor para poner una queja, que no sé qué, y si lo dejan entrar a uno los celadores allá adentro, que no, que aquí está en el lugar equivocado, que no sé qué, que tiene que ir a otro lado y no hay ninguna información porque ni siquiera lo saben a uno informar”-*.

4.3.5 Categorías emergentes

Al hacer relectura intensiva de la transcripción textual de las entrevistas, se evidenciaron nuevas categorías que, si bien estaban relacionadas en la guía de entrevista, en principio no se dejaron explícitas como categorías de análisis principales, estas son: (1) entendimiento de las barreras de acceso, (2) conocimiento de rutas para la atención, (3) percepción del sistema de salud, qué le genera la situación y qué le piden las víctimas al sistema.

De acuerdo a las categorías mencionadas los participantes expresaron lo siguiente:

- Entendimiento de las barreras de acceso:

Aquí los participantes expresaron con sus palabras qué entendían como barrera de acceso a la salud dentro del SGSSS, bien sea porque se les preguntó explícitamente o la definición se dio en el discurso, cuando se habló de este tema, la mayoría de los entrevistados demostraban expresiones de disgusto y frustración.

S.A. - “Una barrera es precisamente como lo dice su palabra que me bloqueen el continuar hacia adelante y hacia adelante es conseguir esa cita URGENTEMENTE” -.

M.P - “Para mí es un obstáculo porque imagínate uno sin tener salud, sin contar con nada de salud, pues uno está muerto por ese lado” -.

D.A - “El tema de las autorizaciones, es una barrera terrible” -.

A.C. - “Para mi es una barrera digamos porque es que muchas veces uno no cuenta con ese tiempo para uno ir a hacer digamos todas esas horas y estar uno durante todas esas horas allá esperando para que le autoricen a uno”-.

A.G. - *“Digamos el ser desplazado primero que todo, eso ya es una barrera”* -.

L.M. - *“Para mí una barrera a los servicios de salud es el no cumplimiento de lo que le dicen a uno, el no cumplimiento de una gestión inmediata”* -.

El entendimiento del concepto de barrera de acceso de los participantes del estudio tiene que ver en gran medida con elementos cotidianos que dificultan u obstaculizan el goce efectivo de sus derechos, como es el hecho de obtener una cita o una autorización, el uso del tiempo y de otro lado el incumplimiento con un deber establecido por parte de los actores del sistema de salud.

- Conocimiento de rutas para la atención:

Esta categoría se dio en el marco de su relato como una barrera importante, la cual obviamente dificultaba sus posibilidades de acceso y la cual para ellos era de fácil resolución dado que en su lógica todos los actores del sistema debían saber, conocer e informar sobre los procesos que ellos solicitaban.

A.G. - *“No a la gente todavía también le falta información porque mucha gente, los funcionarios también les falta información... si los funcionarios tuvieran buena información no habría tanto embolate”* -.

A.C. - *“Deberían de digamos como, como darle más información, como te digo, deberían de dar más información, de explicarle a uno más las cosas para uno así llegar”* -.

M.P. - “yo digo que no, porque donde supiera fueran y se quejaban, pues a veces van a partes y no les prestan atención” -.

E.S. - “Ni lo dejan entrar a uno allí a la secretaría de salud, que queda allí en la 32 con 13 y uno va que a ver ay que por favor para poner una queja que no sé qué y si lo dejan entrar a uno los celadores allá adentro que no que aquí está en el lugar equivocado que no sé qué que tiene que ir a otro lado y no hay ninguna información porque ni siquiera lo saben a uno informar” -.

S.A. - “No tenemos claro cuáles son las rutas ¿sí? entontes no es suficiente, porque no sabemos a quién dirigimos si nos... nos entregan un medicamento qué hacemos, no sabemos cuál es la ruta que uno debe seguir para la exigibilidad digamos de esos derechos” -.

Respecto al conocimiento de las rutas para la atención se evidencia la falta de claridad e información por parte de los funcionarios y por ende de población víctima para el acceso y exigibilidad de sus derechos dentro del sistema de salud en Bogotá, pese a que en cada Centro de Atención hay funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) orientando los trámites ante esa entidad la percepción de los participantes es que la información es insuficiente o nula.

- Percepción del sistema de salud, qué le genera la situación

Al identificar esta percepción en el marco del discurso de cada entrevistado, se evidenciaron sentimientos de angustia e impotencia, los que los llevaron en algunos casos al quiebre de la voz y a manifestar su indignación como ciudadanos vulnerables, también, en algunos casos refirieron la percepción de burla hacia ellos por parte de funcionarios y del sistema en general.

S.A. - "Nefasto" -.

E.S. – *"Muy duro, muy duro, muy duro lo de la salud...Esta súper mala la salud" "No de cual calidad, no hay ninguna calidad, es que acá en Colombia no, acá en Colombia la salud está muy acabada, muy mal por el piso, por el piso" -.*

E.S. - *"Siento como rabia, como rabia, como que uno se siente ya incapaz como que ya uno no, o sea no quisiera ya volver por allá" -.*

M.P. - *"Uyy muy bastante deprimida, bastante pa' que" -.*

D.A. *"Porque eso de salud está terriblemente, eso es una tomadera del pelo con esa salud" ... "entonces la salud esta pésima, no veo el cambio de lo que dicen estoy peor que como cuando me echaron de allá de pueblo" -.*

D.A *"No son de calidad, falta mucho para ser de calidad, en general en todos los servicios me parecen que no han sido de calidad, y hace falta mucho de verdad que haya una salud que realmente demuestre calidad". "En general me siento triste y siento que realmente no hay un estado que apoye a las cabezas madres de hogar" -.*

A.C. - *"Me duele mucho porque siento que están jugando con la salud de mi hijo, porque él está muy enfermo" "da rabia, me da tristeza, me da dolor de saber de que uno pierde tanto tiempo tratando de, que digamos uno pone todo lo que sea por ayudar digamos a un hijo" -.*

A.G. - *“Siento impotencia porque por más de que uno se queje el ente territorial que está manejando eso no, hace caso omiso”* -.

L.M. - *“Todos nos mienten, todos vacilan, hay algunos funcionarios que sobresalen por el interés de la parte social, pero hay otros que no conocen de la parte social de la comunidad, y mucho menos de los que fuimos víctimas del conflicto”, “se burlan de la gente y gozan de la felicidad de la pobreza de salud de la gente”. El sistema de salud es pésimo, aquí no solucionan absolutamente nada”* -.

En general, el sistema de salud no goza de buena aceptabilidad ni credibilidad por parte de los participantes del estudio, era común a todos la percepción de mal trato brindada por los funcionarios lo que hace que el sistema tenga aún más falencias, más allá de las barreras administrativas, genera en la población víctima sentimientos de desazón, angustia e impotencia, haciéndolos sentir mucho más vulnerables y en ocasiones burlados por el sistema.

4.3.6 Las Realidades

Las realidades están dadas teniendo en cuenta las expresiones y sentimientos comunes a todos los entrevistados con respecto a su percepción de la atención y el acceso a los servicios de salud en la ciudad de Bogotá, a continuación se presentan las realidades identificadas y establecidas por los participantes como principales barreras de acceso.

- Las barreras de acceso de tipo geográfico están dadas por lejanía en la ubicación de los servicios de salud respecto a las viviendas
- Las barreras de acceso de tipo económico se representan sobre todo por los costos del transporte requerido para poder acceder tanto a los sitios de atención designado como a los señalados para entrega de medicamentos

- El hecho de ser desplazado ya establece una barrera en cuanto a lo económico, dado que, por lo general, la población no cuenta con recursos suficientes para cubrir sus necesidades básicas, incluyendo la atención en salud
- El SGSSS vigente, se mostró inflexible ante las realidades las víctimas en aspectos como portabilidad o afiliación
- En general de los entrevistados se han sentido discriminados en algún momento dentro del sistema
- El acceso oportuno a servicios de salud se ve afectado por aspectos tales como la deficiente oferta de servicios especializados
- la falta de información adecuada para el acceso a los servicios aumenta la percepción de corrupción al interior del sistema lo que lo hace ineficiente e inhumano
- El estigma y la discriminación que en muchos casos acompaña a las víctimas del conflicto armado interno incide en las barreras culturales sobre todo por la falta de información veraz y oportuna para el acceso

4.3.7 Los Retos, qué le piden las víctimas al sistema.

En este apartado refirieron qué esperaban del acceso a los servicios de salud, e hicieron mayor énfasis en la calidad de la atención en cuanto a la calidez, comprensión y respeto en el trato hacia ellos.

E.S. - “Uich que hay que mejorar el servicio y humanizar a las personas que están atendiendo, que por favor de verdad que sea oportuno el servicio, que sea eficiente, eficaz y eficiente”. “Que se pongan la mano en el corazón y que piensen, que no dejen a tantas personas que necesitan de la salud, que no nos dejen sufrir tanto que por favor hagan algo con todas estas personas que necesitamos, que reflexionen” -.

M.C. – *“Si tuvieran más intención no estuviera pasando también tanta muerte a veces de las personas, de los bebés, muchas mujeres embarazadas, es como si no le importaran, no le, no sé como si no les importara nada de lo que pasa” -.*

M.P. - *“Que sean más, que sean más amables que se preocupen por la salud de los demás, así como a ellos también debe dolerles no tener salud, que se preocupen por las demás personas, ser humildes con las demás personas, no ser groseros, tratarlos bien” -.*

D.A. - *“Que mejoraran esa salud y mejoraran la forma de ser ellos también para atender a la humanidad...que tengan mucha solidaridad” -.*

A.C. - *“Que sean más conscientes, que dejen de estar jugando con la salud, con los sentimientos y la vida de las personas, que sean más conscientes de todo lo que están haciendo, que la vida de nosotros no es un juego, que sean más conscientes” -.*

A.G. - *“Que crearan una comisión especial de gente seleccionada para que, que sepa tratar la gente, que sepa tratar las víctimas, que haya estado en el conflicto, que sepa lo que es el conflicto verdaderamente para que así entiendan lo que es tratar una persona de esta índole” -.*

A.M. - *“Quisiera que la salud cambiara, que realmente se acabara la corrupción en Colombia porque la corrupción es la que ha perjudicado la salud a los colombianos”. “Yo creo que debería haber una oficina especial para víctimas, para la atención de salud donde la secretaria de salud le diera máximo un alcance de (8) ocho días para resolverle toda esta situación de salud a todas estas víctimas de la violencia”. “Yo creo que los funcionarios*

de salud deberían tener una capacitación muy clara, una capacitación de sensibilidad social” -.

En cuanto a lo que las víctimas piden al sistema se identifica en la mayoría de los entrevistados, sensibilidad social, solidaridad, empatía, que los funcionarios se pongan en su lugar, humanización de los servicios, fin de la corrupción...estos relatos dejan en evidencia el daño que sienten las personas víctimas de conflicto armado residentes en Bogotá en lo que concierne a su salud.

- Disminuir la discriminación como mecanismo de inclusión en la reducción de inequidades sociales (salud)
- Reconocer las afectaciones del conflicto en la salud de la población con elemento fundamental de la planeación en salud
- Garantizar el ejercicio del derecho a la salud como herramienta para el desarrollo del país
- Comprender la integralidad de las medidas de asistencia, atención y reparación establecidas en la Ley como herramienta básica para la obtención de un óptimo estado de salud
- Garantizar el acceso a los servicios de salud en la lógica de justicia social tal como lo establece el modelo revisado.

4.4 Lo común y lo singular en la percepción de las barreras de acceso

De acuerdo con las narraciones anteriores lo que se evidenció para cada tipo de barrera de acceso, en general se hizo común a las ocho (08) personas entrevistadas. Especialmente lo que concernía a las barreras administrativas y culturales, siendo esta última un punto álgido en el acceso a los servicios de salud, dado que los participantes evidenciaron la discriminación en casi la totalidad de las atenciones prestadas por el sistema, bien sea por parte del personal asistencial o administrativo.

De la información obtenida, se puede analizar lo siguiente:

- Quedaron en evidencia barreras de acceso de tipo geográfico dadas tanto por lejanía en la ubicación de los servicios de salud respecto a las viviendas, como condicionadas por los deficientes medios de transporte a los cuales podían acudir las personas para efectuar esos traslados.
- Una mayoría de participantes vivenciaron barreras de acceso de tipo económico, representadas por los costos del transporte requerido para poder acceder tanto a los sitios de atención designado como a los señalados para entrega de medicamentos prescritos; así mismo, las personas indicaron que de ser requeridos por ellos medicamentos o procedimientos de alto costo, o atenciones urgentes, solían quedar descubiertos por su seguridad social, por lo cual debían recurrir a recursos propios para acceder a ellos, o quedar sin acceso. También se percibió que el hecho de ser desplazado ya establecía una barrera en cuanto a lo económico, dado que, por lo general, la población en esta situación no cuenta con recursos suficientes para cubrir sus necesidades básicas, incluyendo la atención en salud.
- A través de sus narrativas, la mayor parte de las personas entrevistadas refirieron haber enfrentado barreras de acceso a la salud de tipo administrativo, dadas por varios

aspectos relacionados con el sistema general de seguridad social en salud vigente, que se mostró inflexible ante las realidades de una víctima de conflicto armado interno, tales como su calidad de personas en situación de desplazamiento forzoso, afiliadas a tal sistema en regiones distintas de aquellas en que se ven obligadas a pedir los servicios de salud, que les son negados entonces por ausencia de portabilidad de esa afiliación como fue relatado; o dificultades que se les plantearon para poderse afiliar a una entidad prestadora de servicios de salud en su sitio de acogida, si es que previamente no se encontraban afiliados.

- Así mismo, las personas entrevistadas manifestaron haberse visto afectadas en su posibilidad de acceso oportuno a servicios de salud por aspectos tales como la deficiente oferta de servicios especializados que les imponía listas de espera con tiempos exagerados, inclusive para personas que deberían contar con especial protección, independientemente de su calidad de víctimas, como mujeres embarazadas, niños en condición de discapacidad o personas con enfermedades crónicas que requieren continuidad con su tratamiento. Dos de los entrevistados tienen la percepción que el sistema de salud se burla de ellos a través del trato y la falta de información adecuada para el acceso a los servicios, lo cual también se conecta con la percepción de corrupción al interior del sistema lo que lo hace ineficiente e inhumano.
- En su totalidad, las personas entrevistadas manifestaron haber vivenciado barreras de acceso de tipo cultural a los servicios de salud, tanto por ausencia de información relevante para poderse orientar en cuanto a su búsqueda y obtención de tales servicios en el nuevo contexto al que llegaron a habitar, como por el estigma y la discriminación que en muchos casos acompaña a las víctimas del conflicto armado interno, a quienes injustamente se responsabiliza de su situación, o se las coloca en entredicho en su integridad y honestidad por el hecho de haber resultado desplazadas.

El general de los entrevistados se han sentido discriminados en algún momento dentro del sistema, bien sea por ser 'desplazados' o por ser de bajos recursos, consideran que esta situación afecta su acceso al sistema, algunos también tienen la percepción de irrespeto por las condiciones en las cuales los atienden, se dirigen a ellos despectivamente y, como se mencionó anteriormente, se burlan de ellos.

En cuanto a las singularidades de las percepciones, se puede destacar que si bien la generalidad de ellas es común a todos los participantes, la mujer indígena juega un importante papel en la percepción de las barreras a los servicios, lo cual está mediado por su lengua, sus costumbres y la forma en la que interpreta el mundo a través de su cosmogonía Misak, que tiene como elemento fundamental el equilibrio social y biológico en todas sus manifestaciones, por esta razón la percepción del acceso a los servicios de salud para ella no le brinda bienestar, dado que según refiere es: *“estar como rogando o humillándome porque me atendieran”*.

En su relato también expresa: *“me sentí discriminada, pues si, de pronto por ser víctima, por ser indígena y no tener la oportunidad como dice de... no estaba trabajando”*.

Otra de las singularidades del caso, tiene que ver con la violencia obstétrica, además de la falta de atención prioritaria durante su proceso de gestación.

- *“El jueves por la tarde nació, hasta el doctor ese día me vació porque no tenía los exámenes ni todos los controles que se requería el embarazo... me dijo que era una irresponsable que no había hecho todos los controles que necesitaba, que si es que yo era una mala mamá, le dije es que yo no tengo la plata, no tengo la plata para hacer esos exámenes y fui hospital tras hospital y me mandaron como pa' 5 hospitales y ahí están todos los papeles que me han mandado, todos los exámenes que me mandaron a que hiciera ningún hospital me hicieron esos exámenes; y ahí el doctor mismo miró todos los papeles y hasta mi niña nació y yo tenía una infección, estuvo en la incubadora hospitalizada 8 días, a los 8 días le dieron de alta a mi bebé y no pude hacer eso de los exámenes, me dio esa infección y por eso fue que me regañó también el doctor, que era una irresponsabilidad, que tenía que hacer esos exámenes para que mi bebé naciera bien pero no, gracias a Dios pude sacar pues salió bien”* -.

Al momento del relato, se escuchaba su voz entrecortada, refería impotencia y rabia con todo lo que le había pasado en esta ciudad, lo último que refirió fue que una de las cosas que más anhelaba en su vida era volver a su pueblo, para estar tranquila con sus hijos.

5. Discusión

El artículo 9 de la Ley 1448 establece:

Las medidas de atención, asistencia y reparación contenidas en la presente ley, así como todas aquellas que han sido o que serán implementadas por el Estado con el objetivo de reconocer los derechos de las víctimas a la verdad, justicia y reparación, no implican reconocimiento ni podrán presumirse o interpretarse como reconocimiento de la responsabilidad del Estado, derivada del daño antijurídico imputable a este en los términos del artículo 90 de la Constitución Nacional, como tampoco ningún otro tipo de responsabilidad para el Estado o sus agentes (Ley 1448, 2011).

Una de las primeras reflexiones que se genera al reconocer la realidad en la que se encuentran inmersas las víctimas del conflicto armado del país, a partir de la jurisprudencia, es el reconocimiento de los derechos, y cómo se entiende la responsabilidad o corresponsabilidad del papel del Estado frente al conflicto armado en el país y los efectos sobre quienes se identifican como víctimas. Vale la pena entonces, reevaluar la posición del Estado desde el contexto histórico en el que no solo se configura, sino que además transcurre el conflicto en Colombia; basado en los estudios e investigaciones realizados al respecto, donde se encuentra una corresponsabilidad en la acción, financiación y aún omisión por parte del Estado, que de una manera u otra, inciden en la percepción de desprotección Estatal por parte de las víctimas, desde que se encuentran en sus territorios.

Es así, como aun cuando se reconozca la población como víctima, y se realicen acciones para el restablecimiento de sus derechos y a pesar de las normas que cobijan a la población; el sentimiento de desprotección estatal llega a manifestarse aun cuando ya se

encuentren en procesos de asentamiento en un sitio de acogida, luego de haber sufrido desplazamiento forzado y otros hechos victimizantes que los obligan a desplazarse.

Quienes participaron en la presente investigación, evidenciaron cómo, a pesar de su reconocimiento en calidad de víctimas, en el ejercicio de acceso a sus derechos como el de la salud, no contaron con sistemas de protección e información claros que les permitieran un adecuado proceso de adaptación y de ejercicio pleno de sus derechos, por lo que a pesar de estar viviendo en el Distrito Capital, aún se sentían desprotegidos.

Mogollón y Vásquez (2006) afirman que “la población en condición de desplazamiento, con un mayor número de necesidades básicas insatisfechas, enfrenta numerosas barreras para acceder a los servicios de salud” (Pág. 107). Claramente, los contextos de vulnerabilidad en los que se encuentra la población víctima, impactan en los diferentes aspectos de la vida, que afectan no solo su salud, sino el acceso a los servicios.

Al dialogar los con las personas víctimas participantes en la presente investigación, no solo de sus propias vivencias y percepciones frente a las barreras al ejercicio pleno de su derecho; sino de las experiencias que personas en su misma situación han vivido, se encuentra que todos los relatos presentan situaciones en los que tanto las víctimas, como sus familiares cercanos (hijos, hijas, madres, hermanos, amigos y vecinos) también han sufrido dificultades para acceder a los servicios de salud.

Es transversal en los relatos las dificultades geográficas, administrativas, económicas y culturales, sin embargo, la capacidad de respuesta que permita romper la barrera de acceso a los servicios de salud, se ven limitadas por las situaciones propias de las personas en condición de desplazamiento, aun cuando se encuentren en procesos de asentamiento.

De alguna manera, la predominancia del trabajo informal, las demandas de tiempo para los trámites administrativos y la atención en salud de sus familias o propias, inciden en la calidad de vida y en los procesos de restablecimiento de derechos y la reconstrucción misma de la vida, en un nuevo territorio que tiene dinámicas culturales distantes a las de los lugares de procedencia; por lo que no es fácil romper el círculo de vulnerabilidad y de

no satisfacción de sus necesidades básicas, por lo que las barreras en acceso a la salud, permanecen. En este sentido, el Observatorio Nacional de Salud (S.F), señala que “somos conscientes de que las consecuencias en la salud y calidad de vida de un conflicto armado degradado como el de Colombia, son profundamente complejas” (Pág.7).

Con el fin de dar cumplimiento a lo mencionado, en Colombia se tiene establecida una ruta para el acceso a los servicios de salud de las personas en situación de desplazamiento (OPS, 2012), sin que ello implique que esta ha sido efectiva, dado que son múltiples las razones que se esbozan alrededor de las dificultades para la prestación de los diferentes servicios.

El documento referenciado, presenta algunos principios que visto desde las víctimas, son iniciativas que no operan en su realidad. Se podría iniciar con el *Principio relativo a la protección contra el desplazamiento*, pues es paradójico que quienes participaron en la presente investigación se encuentran en situación de desplazamiento, por lo que es evidente la falencia frente a la protección en contra de la situación.

Algunos de los principios contra el desplazamiento son:

- Las autoridades y los organismos internacionales deben respetar las obligaciones impuestas por el derecho internacional para prevenir y evitar condiciones que puedan provocar el desplazamiento de personas.
- Los desplazamientos no tendrán una duración superior a la impuesta por las Circunstancias.
- Asegurar las medidas encaminadas a garantizar el alojamiento adecuado y las condiciones satisfactorias de seguridad, alimentación, salud e higiene, así como a mantener la unidad familiar.
- El desplazamiento no se llevará a cabo de forma que viole los derechos a la vida, a la dignidad, a la libertad y a la seguridad de los afectados.

- Especial atención deben otorgar los Estados a la adopción de medidas de protección contra los desplazamientos de indígenas, minorías, campesinos, pastores y otros grupos que tienen dependencia especial de su tierra o apego particular a la misma (OPS, 2012. Pág.17).

A partir de los relatos de las víctimas participantes en el presente estudio, se puede deducir que no solo el Estado no cuenta con acciones que realmente eviten las condiciones que puedan provocar el desplazamiento; así como se puede afirmar que no existe la posibilidad de un retorno seguro, pues las circunstancias que generaron el desplazamiento se mantienen; no hay garantías de calidad de vida referente a un alojamiento adecuado ni condiciones satisfactorias; aún menos se puede pensar que no se han violado los derechos a la vida, dignidad y libertad, o que existen medidas especiales de protección por parte del Estado a grupos de dependencia especial de su tierra.

Así mismo, a través del análisis de los relatos, se encuentra que no son puestos en marcha ni se refleja cumplimiento de los principios relativos a la protección durante el desplazamiento, principios relativos a la asistencia humanitaria, ni los principios relativos al regreso, al reasentamiento y la reintegración.

A pesar de la amplia jurisprudencia, y de las intenciones reguladoras de los principios, todavía es necesario desarrollar estrategias que permitan el cumplimiento efectivo de lo que se plantea desde los documentos de lineamiento. La realidad de las personas en situación de desplazamiento se encuentra muy distanciada de los ideales que frente a la protección y rutas de acceso se registran, aún queda mucho para que los textos se hagan realidad tangible en la vida de las víctimas.

En el mismo sentido, Ramírez, Veloza y López (2016) afirman que por parte del Estado se evidencia una falencia en la respuesta, particularmente en el goce a la salud, derecho vital de las personas, y por la cual hoy en día la población colombiana no tiene garantías de su cumplimiento.

Hay que considerar que al presentarse diversas situaciones que obstaculizan la utilización de los servicios de salud, se hace alusión a las barreras de acceso, y con relación a esta circunstancia se mencionan como barreras más relevantes para el acceso a la salud la financiera, la dificultad de acceder al servicio cuando pasan de ser vinculados al régimen subsidiado, la distancia, el tiempo y los trámites administrativos (Ramírez, Veloza y López, 2016. Pág. 91).

Y, aunque las situaciones enunciadas puedan presentarse en general en la población colombiana, generan mayor impacto sobre el acceso al goce efectivo de los derechos que en salud de las víctimas y sus familias, tal y como lo relatan quienes participaron en la presente investigación.

Es importante mencionar que la respuesta a esta necesidad debe partir de un análisis de la víctima y sus necesidades en salud, procediendo de diagnósticos o estudios que realmente identifiquen las carencias del individuo y, en esta misma lógica, se construyan respuestas sostenibles, porque esta situación puede desencadenar un colapso en el sistema de salud colombiano a causa de los requerimientos especiales del posconflicto respecto a la atención a víctimas; por lo que es menester, no solo contar con la atención oportuna, sino con la sistematización de la información.

En el marco de la atención integral que requieren las víctimas del conflicto, se encuentran por supuesto definidas las acciones y operacionalización de la atención psicosocial definida como:

Parte de las medidas de Rehabilitación en el marco de la Política Pública de Reparación Integral a las víctimas de conflicto armado colombiano, que se define como el conjunto de procesos articulados de servicios que tienen la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales, el sufrimiento emocional y los impactos a la integridad

psicológica y moral, al proyecto de vida y a la vida en relación generados a las víctimas, su familias y comunidades, como consecuencia de las grandes violaciones a los DDHH y las infracciones al DIH... se facilitarán estrategias que dignifiquen a las víctimas, respetando el marco social y cultural en el que han contraído sus nociones de afectación, sufrimiento, sanación, recuperación, equilibrio y alivio (Ministerio de Salud, 2016. Págs. 8-9).

Como barreras de acceso para la atención en salud mental se encuentra que están sujetas a diversos factores relacionados con la cobertura del sistema, aspectos inherentes a las instituciones y situaciones individuales o familiares de los usuarios, como barreras económicas, geográficas, informativas, administrativas y culturales que enfrenta esta población. Se destacan las barreras administrativas que incluyen todas las acciones relacionadas con los trámites y procedimientos de las instituciones implicadas en la atención, las evidencian los trámites burocráticos inherentes a dichos procesos, los prolongados tiempos de espera para recibir las ayudas; En este sentido, Castaño (2018) plantea que “en general estas barreras relacionadas con accesibilidad, oportunidad, continuidad, integridad y calidez en las instituciones prestadoras de servicios de salud, constituyen elementos que son valorados por parte de las víctimas de forma negativa” (Pág. 148).

Por otra parte, vale la pena plantearse que si bien las afectaciones en la salud física son objetivas, es decir, de alguna manera existe una evidencia física ante la dolencia o enfermedad y la necesidad de atención es identificada por quien requiere la atención, no sucede de la misma forma con la salud mental; no es fácil identificar que hay un riesgo psicosocial o que el síntoma es somatización, de manera que no es fácil identificar que se requiere atención para restablecer y sanar emociones, historias, afectos. Las víctimas que se encuentran expuestas y en situación de vulnerabilidad, no solo no reconocen fácilmente la necesidad de la atención, sino que además no tienen confianza en un sistema que si no atiende lo evidente, que son los síntomas físicos en temas de salud o enfermedad crónica como presentan algunos de los participantes de la investigación, pueden considerar que no tendrán atención por algo que no es visible y tangible como lo son las afectaciones de salud mental. Tan interiorizado está en la cultura que los temas de salud son físicos, que

al indagar sobre las barreras de acceso en salud, los participantes solo refieren situaciones de salud física, no contemplan en su relato las necesidades de atención psicosocial, ni identifican la necesidad y ausencia de esta, desarrollaron resiliencia y adaptación.

En ese contexto, se reflejan las dificultades para el ejercicio pleno del derecho a la salud, aun teniendo en cuenta lo expuesto por la OMS (2006) que establece el goce del grado máximo de salud como derecho fundamental, dado que las barreras de acceso van generando una cultura, una construcción en el inconsciente colectivo de la imposibilidad de alcanzar el “goce máximo” cuando en sus vidas luchan día a día por alcanzar una atención mínima.

A pesar de que la Mesa de Trabajo de Bogotá sobre Desplazamiento Interno (2003) reconoce que “la salud es un derecho cuya realización debe ser garantizada por el Estado antes del desplazamiento, durante la fase de emergencia, por el tiempo que dure la situación de desplazamiento, durante las soluciones duraderas y una vez superado el desplazamiento”; se evidencia a través de los relatos de quienes participaron en la investigación, que una vez se van asentando se reduce la posibilidad de la atención diferencial, aún más sentido si ingresan al régimen contributivo, pues viven las mismas barreras de oportunidad en la atención, trámites administrativos, dificultades económicas etc. De las personas que aportan a este régimen, perdiendo de alguna manera la claridad frente a los requerimientos especiales por su historia de vida.

En cuanto a la salud, aunque tienen mejores niveles de aseguramiento comparados con los lugares de origen, la cobertura es menor que en la demás población pobre y vulnerable de las localidades estudiadas, reciben menos beneficios que los afiliados del régimen contributivo, tienen más barreras geográficas, administrativas y económicas de acceso a los servicios —expresadas en un menor uso de servicios—, y la mayoría tiene una mala percepción sobre la atención que ha recibido, razón que aduce para no utilizar los servicios de salud, además de la distancia y la falta de dinero y de tiempo (Vallejo, 2007).

Es así como a pesar de la claridad normativa que hace referencia específica a los servicios, independientemente del régimen bajo el cual se acceda a la cobertura, “El Sistema General de Seguridad Social en Salud, implementará mecanismos expeditos para que la población afectada por el desplazamiento acceda a los servicios de asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica, hospitalaria y de rehabilitación” (Ley 100 de 1993). Los decretos 2131 y 2284 de 2003 reglamentaron la Ley 387/97 en el sentido de regular la atención en salud de la población en condición de desplazamiento forzado por la violencia, en los términos, condiciones y contenidos de la Ley 100 de 1993 siendo de obligatorio cumplimiento por parte de las Empresas Promotoras de Salud, Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Territoriales y en general todas las personas jurídicas y naturales que hagan parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las entidades que administren Regímenes de Excepción. Lo que se distancia evidentemente de las realidades relatadas por quienes buscan acceder a los servicios de salud en condición de víctimas.

Según normativa más reciente la Ley estatutaria 1751 DE 2015, específicamente en su artículo 11, establece como sujetos de especial protección a la población víctima del conflicto armado:

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 (Ministerio de Salud, 2015).

De acuerdo a lo que establece la Ley Estatutaria, la atención en salud para la población víctima del conflicto armado será de especial protección por parte del Estado sin restricciones en lo administrativo y económico, lo cual no es tan evidente de acuerdo a las narrativas de las personas participantes en esta investigación dado dentro de las barreras de acceso identificadas por la víctimas, la más frecuente y la que más les ha causado malestar es la de tipo administrativo, lo que lleva a pensar que aunque se legisle a favor de la población, la operativización de la ley no es funcional y real en el cotidiano de las personas afectadas.

Aún más profundo entonces, y en comparación con los hallazgos de esta investigación, son las percepciones frente al ejercicio pleno del derecho en un marco de prestación de servicio con calidad y que sean dignificantes, tal como lo registraron Mogollón, Vásquez y Navarrete (2003) en referencia a las dificultades en el acceso a los servicios de salud: “perciben actitudes discriminatorias generadas por su actual condición (esa carta, es lo más discriminatorio; porque en algunos hospitales nos tienen catalogados como indigentes, mujer mayor”.

De acuerdo con los hallazgos de la presente investigación, a 2016 esta situación sigue siendo identificada como una barrera importante en el acceso a los servicios de salud teniendo en cuenta que en la mayor parte de las narrativas de los entrevistados se evidencia su descontento y percepción de la condición de víctima o desplazado como barrera inicial del acceso, dada la discriminación que perciben por parte de los funcionarios, como lo narra A.G. - *“Digamos el ser desplazado primero que todo, eso ya es una barrera, el no contar con los medios económicos suficientes, para pagar digamos un buen doctor”* -.

Para otros, la burocracia en muchos de los trámites se convierte en un obstáculo para su atención (- Teníamos al día todos los papeles en los que constaba que éramos desplazados, pero no nos sirvió para nada, y no lo quisieron recibir, que hasta que la Red no enviara una carta directamente no lo podían recibir y no hicieron nada. Y lo tuvieron de hospital en hospital, mujer joven).

Entre los factores relativos a la población, de nuevo aparecen las dificultades económicas como la principal barrera existente. En muchas ocasiones no cuentan con recursos para el transporte, para la compra de los medicamentos que no les proporcionan las instituciones o para el pago de consultas cuando no han efectuado los trámites necesarios para acceder a los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por último, otra barrera para el acceso es la falta de información sobre los servicios que ofrecen las instituciones de salud y de los beneficios que ofrece el gobierno para la población desplazada.

Los relatos que se presentaron de las autoras referenciadas, al igual que quienes participaron de esta, reafirman las barreras de acceso que viven aquellos que han sido víctimas del conflicto; aun cuando se encuentran en procesos de asentamiento y pareciera haber sido superada la emergencia que conlleva el desplazamiento, es claro que el acceso al ejercicio pleno del derecho no se vislumbra en esta población; las narraciones frente al trato diferencial aunque no positivo, las distancias geográficas que afectan no solo la oportunidad en la atención, sino las dificultades que implican el desplazamiento incluso de familiares con dificultades de movilidad como el caso de quienes son cuidadoras de personas en discapacidad, además de los costos por transporte cuando por cobertura o remisión a otros puntos de atención; el desconocimiento y la información errada frente a las rutas de atención, trámites documentales, han hecho que a pesar del marco normativo amplio y claro de protección y atención, la realidad muestre lo lejano que está de ser aplicada en la realidad.

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 (Moreno, 2010).

Dando respuesta a lo estipulado en el artículo 201 de la Ley 1448 de 2011, la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo y

la Mesa Nacional de Participación Efectiva de las Víctimas constituyeron la Comisión de Seguimiento y Monitoreo a la Implementación de la Ley 1448 de 2011 “Ley de Víctimas y Restitución de Tierras”. Esta comisión generó el “QUINTO INFORME DE SEGUIMIENTO AL CONGRESO DE LA REPÚBLICA 2017-2018”, el cual pone en evidencia los avances en la implementación de la Ley 1448 de 2011 de acuerdo a las medidas, componentes y ejes de esta, basados en el seguimiento y monitoreo establecidos en el Plan de Desarrollo y en los indicadores del CONPES 3726 de 2012.

En este informe se describe la implementación de la Ley en materia de presupuesto acciones de protección, atención, asistencia, reparación integral y verdad, enfoques diferenciales y finalmente investigaciones fiscales y disciplinarias.

El tema de salud está inmerso en el componente de asistencia, para lo cual en 2017 se destinaron \$3.2 billones (Procuraduría General de la Nación, 2018) el informe describe que centrará el análisis en los avances dados en cuanto a afiliación, asequibilidad, accesibilidad y adaptabilidad al SGSSS. De acuerdo a esto, reporta que para el 2017 había una cobertura del 91% en materia de afiliación de la población víctima al sistema de salud, sin embargo, menciona que la información disponible no es suficiente para realizar un seguimiento de la afiliación y la prestación de servicios. En materia de accesibilidad, se tomó en cuenta la identificación de obstáculos para tener asistencia en salud y las desigualdades, teniendo en cuenta el enfoque regional, sabiendo esto también evidenciaron que no hay forma de hacerle seguimiento a la medida de portabilidad dado que según refiere la Procuraduría General de la Nación (2017) “en la actualidad no existe un registro que permita identificar los afiliados de las poblaciones especiales, entre las cuales se encuentran las víctimas”.

Por tanto, queda de manifiesto que el seguimiento en materia de salud no ha tenido una óptima operación dado el sub-registro, la calidad de los datos y la falta de recolección con enfoque diferencial lo que hace que la población víctima de conflicto armado se invisibilice entre el resto de la población vulnerable del país.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

En Colombia, a través de la historia se han desarrollado dinámicas de lucha y puja por el poder, generando un conflicto de tal magnitud que permeó con violencia a los lugares más remotos del territorio nacional; los relatos de la guerra, fríos como lo es ella, han dejado un sin número de víctimas a través de la historia del país, pues aun cuando se cuentan con datos recientes, no reflejan la realidad histórica de la violencia sistematizada.

A pesar de los esfuerzos de organizaciones internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas, de los esfuerzos del Estado con un marco normativo y jurisprudencial que regula la atención a la víctimas desde una perspectiva de atención integral y reparación del daño causado; de los esfuerzos de las comunidades y de las propias víctimas en encontrar participativamente los caminos y las metodologías que respondan a una realidad compleja; se puede identificar que falta mucho camino por alcanzar una real atención que dignifique a las víctimas, que les permita acceder y ejercer su derecho pleno.

A través del proceso de investigación fenomenológico, se identifica que a pesar de las normas, documentos, estudios, investigaciones, programas etc., que existen alrededor de la problemática de barreras de acceso a la salud por parte de las víctimas de conflicto; todavía queda mucho recorrido para que se impacte la realidad de acuerdo a las percepciones y vivencias de las personas en el sistema, las cuales no son conocidas por los entes gubernamentales de acuerdo a la inexistencia de documentación al respecto.

Analizar las barreras de acceso a los servicios de Salud en Bogotá en las personas víctimas de conflicto armado, permite identificar la persistencia de las barreras geográficas, económicas y culturales. Sin embargo, la de mayor predominancia se encuentra en las

administrativas, no solo por los trámites internos, o la disponibilidad de atención, sino que con gran preocupación se evidencia la falta de atención en el marco del respeto y de la dignidad humana.

Las víctimas reflejan en sus narraciones los sentimientos de impotencia y de dolor que causa el trato poco digno, la ineficiente respuesta del sistema de salud, a sus necesidades de atención básica que responda a su salud física; cabe la reflexión entonces frente a la atención en salud mental y psicosocial, pues se trata de la salud integral de las víctimas y sus familias.

La voz de las víctimas residentes en Bogotá no ha sido escuchada en espacios institucionales gubernamentales, lo que ellos perciben como discriminación o en algunos casos como producto de la corrupción que permea el sistema de acuerdo a cómo ellos perciben la prestación de los servicios de salud en las diferentes instituciones y actores del sistema, con respecto a los actores, la percepción general es que la falta sensibilidad y humanización en los procesos de atención a las víctimas hace que se incurra en revictimización o continuidad de la vulneración de sus derechos.

Se conocieron las barreras de acceso desde la óptica de los directos afectados, lo que permite la identificación y reconocimiento de estas barreras como hechos que dificultan la calidad de vida tanto a nivel físico como emocional de los individuos y familias en condición de vulnerabilidad por el conflicto armado interno, lo que conlleva a que se generen problemas de mayor índole con respecto a su proceso salud-enfermedad.

La vivencia de las barreras de acceso cotidianamente identificadas a través de las narrativas de los entrevistados deja en entredicho que su situación en la ciudad de Bogotá se complejiza aún más con respecto a la exigibilidad del derecho a la salud, dado que si bien están afiliados o en trámites de portabilidad en el sistema no se garantiza su atención especialmente de las condiciones de cronicidad que afectan su salud como diabetes o hipertensión, las cuales manifestaron los entrevistados.

La metodología narrativa empleada permitió comprender las especificidades que barreras de acceso aparentemente comunes con otras poblaciones, tienen para población

desplazada por el conflicto armado, dado que trascendieron la mirada externa del experto y permitieron reconocer cual había sido la vivencia interna y singular de cada sujeto afrontando el reto del acceso a la salud en una ciudad extraña desde la situación de desventaja que le ha sido impuesta por la migración, territorialización y transculturación violenta a que han sido sometidos en virtud de las dinámicas del conflicto armado en sus territorios y las dinámicas de las ciudades de llegada:

"No miran al fondo de lo que le ha pasado a un desplazado... miran como una gente sin recursos".

Las categorías de barreras de acceso emergentes develan la importancia de escuchar más allá de lo solicitado, de interpretar y leer entrelíneas las manifestaciones cotidianas de las personas.

Analizar las barreras de acceso a los servicios de Salud en Bogotá, **permite identificar la persistencia de las barreras geográficas, económicas y culturales** para la PVCA, las cuales son diferenciales con respecto a las de personas no víctimas teniendo en cuenta lo siguiente:

- 1) Aunque parezcan las mismas barreras que afectan a población general, se magnifican en las personas VCA porque ellas están desterritorializadas y transculturadas en el contexto de la ciudad, lo cual les exige un ejercicio mucho mayor para poder primero comprenderlas y luego desplegar estrategias para superarlas.
- 2) Adicionalmente, son barreras que impactan a estas personas de manera diferente que a la población general, ya que éstas personas, respecto a otras no desplazadas, cargan con una mayor vulnerabilidad psicológica, social y física, fruto de su exposición directa a la violencia armada.
- 3) El estigma por ser sobrevivientes y desplazados del conflicto armado se les convierte en una barrera cultural ESPECÍFICA, que magnifica todas las demás respecto a población no desplazada por violencia armada.

6.2 Recomendaciones

Es importante fortalecer los escenarios de participación de la población víctima del conflicto armado residente en Bogotá, en lo que respecta al tema de barreras de acceso a los servicios de salud, porque, aunque existen las mesas de participación, las personas entrevistadas manifestaron que no han tenido la posibilidad de dar a conocer sus necesidades y situación, por tanto, sienten que sus voces no han sido escuchadas.

Mantener jornadas de actualización permanentes para los funcionarios de las diferentes instituciones que están a cargo de la atención a la población víctima, para optimizar el acceso a la información requerida por las personas víctimas para la realización de trámites al interior del SGSS y otras entidades.

Generar espacios de sensibilización para la atención a población víctima del conflicto armado en el marco del enfoque diferencial que se debe manejar con ellos, teniendo en cuenta que son población a quienes sistemáticamente se les han vulnerado sus derechos, esto en pro de la no revictimización.

Teniendo en cuenta los resultados y análisis que ofrece este estudio, se hace necesario que el sector salud y la academia sigan reconociendo el conflicto armado y sus afectaciones en la salud como un problema de salud pública el cual se debe investigar desde la realidad de las víctimas en el marco de la implementación del acuerdo de paz con las FARC y sabiendo que el conflicto se encuentra en fase de agudización, por la permanencia y confrontación de otros actores armados.

Generar nuevas investigaciones que incorporen los determinantes sociales de la salud de la población víctima del conflicto armado en relación con el acceso a los servicios de salud.

GLOSARIO

CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social

PAPSIVI: Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas

RUV: Registro Único de Víctimas

ACDVPR: Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación

RUAF: Registro único de afiliados

EAPB: Entidad Administradora de Plan de Beneficios

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

7. Bibliografía

Alcaldía Mayor de Bogotá (2017). Factores que dificultan el acceso al mercado laboral y la generación de ingresos en la población víctima residente en la ciudad de Bogotá Cuaderno N.37 de desarrollo económico. Secretaría de Desarrollo Económico. Bogotá, Colombia. Consultado en: <https://bit.ly/2QWT1v8>

Alcaldía Mayor de Bogotá (2016). Sistema Distrital de Atención y Reparación a las Víctimas. Plan de acción Distrital 2016 – 2020. (Documento de trabajo). Bogotá, Colombia. Consultado en: <https://bit.ly/2Al6Bhy>

Alcaldía Mayor de Bogotá (2018). Diagnóstico de paz. Condiciones para la construcción de paz en Bogotá. Observatorio Distrital de Víctimas del Conflicto Armado. Consultado en: <https://bit.ly/2F1m0HM>

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2015). Programa territorios saludables, salud para el buen vivir. Lineamiento de acciones de énfasis poblacional en salud pública en los territorios.

Alto Comisionado para la Paz. (2016). El mundo celebra la firma del acuerdo de paz en Colombia. Consultado en: <https://bit.ly/2R1avXk>

Álvarez-Gayou, J. L. (2004). Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Paidós. México.

Bondía, D. y Muñoz, M. Víctimas Invisibles, Conflicto Armado y Resistencia Civil En Colombia, 37-72.

- Caponi, S. (1997). Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, 4(2), 287-307.
- Castillo, E. y Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*. Consultado en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=28334309>
- Castillo Gómez, L. C. (2005). El Estado-Nación pluriétnico y multicultural colombiano la lucha por el territorio en la reimaginación de la Nación y la reinención de la identidad étnica de negros e indígenas. Tesis de la Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Departamento de Ciencia Política y de la Administración. España.
- Carou, H. C. (2006) El Estado-Nación Pluriétnico Y Multicultural Colombiano: La Lucha Por El Territorio En La Reimaginación De La Nación Y La Reivindicación De La Identidad Étnica De Negros E Indígenas. Memoria para optar al título de Doctor en Estudios Iberoamericanos; Universidad Complutense de Madrid. España.
- Congreso de la República (2011). Ley 1448 de 2011. Consultada en: <https://bit.ly/2gxDRbo>
- Contraloría General de la República (2015). Primera encuesta nacional víctimas CGR-2013. Construcción de la línea base para el seguimiento y monitoreo al cumplimiento de la ley de víctimas y restitución de tierras en Colombia. Consultado en: <https://bit.ly/2Thoo08>
- Cossoy, M. (2016). ¿Por qué empezó y qué pasó en la guerra de más de 50 años que desangró a Colombia? *BBC Mundo*, Bogotá. Consultado en: <https://bbc.in/2DpOV7r>
- Connelly, Michael y Cladinin, Jean (1990): “Stories of experience and narrative inquiry”, en *Educational Researcher*, vol. 19, Núm. 5.
- Cúbides, F. (1999). Los paramilitares y su estrategia. Reconocer la guerra para construir la paz.
- Díaz, I. (2009). El rostro de los invisibles. Víctimas y su derecho a la verdad, justicia, reparación y no repetición.

Defensoría del Pueblo. (2018). Homicidios de líderes sociales y defensores de DDHH. Colombia.
Consultado en: <https://bit.ly/2A1HYsF>

Defensoría del Pueblo. (2018). Dinámicas de desplazamiento, riesgo de desplazamiento y confinamiento. Boletín informativo N° 7, Compilado Nacional Enero – Octubre 2018.
Consultado en: <https://bit.ly/2CHww4K>

Deslauriers, J. P. (1996). Investigación cualitativa: definición y ámbito. Revista Deficiencias Humanas, 2(6).

El País. (2018). Los diálogos de paz con el ELN continúan en el congelador. Redacción de El País.
Consultado en: <https://bit.ly/2H0psV5>

Espinosa Menéndez, N. (2012). Estado actual de la población víctima de desplazamiento forzado en cuanto al enfoque diferencial de su atención, el derecho a la integridad, la subsistencia mínima y al ingreso económico. Revista El Agora USB, 12(1), 19-46.

Espitia, E. C. (2013). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. Investigación y educación en enfermería, 18 (1).

Gómez Guzmán, J. C. (2010). La ANAPO y las elecciones de 1970 Tesis Facultad de Ciencias Sociales). Tesis para optar al título de Historiador, Pontificia Universidad Javeriana.

Fals, O. (2015). Una sociología sentipensante para América Latina. Antologías del pensamiento social latinoamericano y caribeño. CLACSO. Siglo veintiuno Editores. Buenos Aires.

Fajardo, D. M. (2015). Estudio sobre los orígenes del conflicto social armado, razones de su persistencia y sus efectos más profundos en la sociedad colombiana. Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia. Consultado en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r33442.pdf>

Figuroa, S. (2012). Introducción a la Salud Pública. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, fase i, área de salud pública I, 23.

Quintana, S. (2002). El acceso a los servicios de salud en Colombia. Dirección General de MSF-E.

Fraser, N. (2008). La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de trabajo*, 4(6), 83-99.

Frenk, J. (2016). La salud de la población.: Hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica.

Harnecker, M. (1988). Colombia: Combinación de todas las formas de lucha. Entrevista a Gilberto Vieira, secretario general del Partido Comunista Colombiano sobre el origen de las guerrillas en ese país y la relación del PC de Colombia con las FARC. Versión online. Consultado en: <http://www.rebellion.org/docs/90193.pdf>

Instituto Nacional de Salud (2017). Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Informe técnico 9. Consultado en: <https://bit.ly/2CEcgRe>

Integración Social (2011). Alcalde inauguró el primer centro Dignificar. Consultado en: <https://bit.ly/2Sz7MBf>

LeGrand, C., & Margarita, G. (1983). Campesinos y asalariados en la Zona Bananera de Santa Marta (1900-1935). *Anuario colombiano de historia social y de la cultura*, (11), 235-250.

Manetto, F. (2018). La violencia azota Colombia dos años después de la paz con las FARC. Consultado en: <https://bit.ly/2Scsvdn>

Médicos Sin Fronteras (2010). Acceder a la salud es acceder a la vida: 977 voces. MSF - Colombia – Bogotá.

Melo, J. O. (1990). Los paramilitares y su impacto sobre la política colombiana. Capítulo publicado en el libro de Francisco Leal y León Zamosc eds., *Al filo del caos: Crisis política en la Colombia de los años 80*.

Meertens, D. (2004). Género, desplazamiento, derechos. Desplazamiento forzado, dinámica de guerra, exclusión. Consultado de: <https://bit.ly/2PCyw22>

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Ley estatutaria No. 1751. Consultada en: <https://bit.ly/117zpQl>

Ministerio de Salud y Protección Social (S.F). Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado PAPSIVI. Consultado en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (S.F). Atención integral en salud a las Víctimas. Consultado en: <https://bit.ly/2EVgLsm>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado – PAPSIVI. Oficina de Promoción Social. Consultado en: <https://bit.ly/2VhGnFr>

Molano, A. (2015). Fragmentos de la historia del conflicto armado. Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas (Ed.), Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia, 497-545.

Munarriz, B. (1992). Técnicas y métodos en investigación cualitativa.

Procuraduría General de la Nación. (2018). Quinto informe de seguimiento al Congreso de la República 2017 – 2018. Comisión de seguimiento y monitoreo a la implementación de la Ley 1448 de 2011 “Ley de víctimas y restitución de tierras”. Consultado en: <https://bit.ly/2s0S0ml>

Rivas Nieto, P., & Rey García, P. (2008). Las autodefensas y el paramilitarismo en Colombia (1964-2006). *Confines de relaciones internacionales y ciencia política*, 4(7), 43-52.

Red Nacional en Democracia y Paz. (2017). Cinco meses sin atención psicosocial y salud ya dejan víctimas mortales en El Salado. Consultado en: <https://bit.ly/2s2Wr0C>

Salazar, G. (2005). Mirada crítica al conflicto armado colombiano. B. Peña. Memorias del Seminario-Taller Internacional de Contextualización sobre Desplazamiento Forzado y Refugio en Zonas de Frontera. Bogotá: Defensoría del Pueblo. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php>

Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista. M. P. (2010). Metodología de la investigación. Quita edición. Mc Graw Hill, Educación.

Secretaría Distrital de Salud (2017). Anteproyecto de salud para la población víctima del conflicto armado para el año 2018. Bogotá, Colombia. Consultado en: <https://bit.ly/2SoG1ed>

Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. (2016). Plan de intervenciones colectivas. Acción de énfasis Tejiendo Esperanzas. Atención primaria en salud con enfoque psicosocial dirigida a población víctima del conflicto armado ESE Chapinero.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación (Vol. 1). Barcelona: Paidós.

Torres, F. J., Díaz, A. M., & Prada, M. A. (2003). Conflicto, violencia y actividad criminal en Colombia: un análisis espacial. Universidad de los Andes, Facultad de Economía, CEDE.

Zwi, A., Ugalde, A. y Richards P. L. (2006). Health consequences of war and political violence. University of Texas. Austin, USA. Consultado en: <https://bit.ly/2Tp5BAf>

Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, M. L., & Mogollón-Pérez, A. S. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. Revista de salud pública, 12 (5).

Vargas, J., & Molina, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 27 (2).

Vega Romero, R. (2002). Dilemas éticos contemporáneos en salud el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 1(2).

- Vélez Arango, A. L. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12.
- Villamizar, D. (1995). *Aquel 19 será. Una historia del M-19, de sus hombres y sus gestas. Un relato entre la guerra, la negociación y la paz.* Bogotá Planeta Colombiana.
- Chambers, P. A. (2015). En busca de las causas del conflicto armado Colombiano y las violencias: Analizando los comienzos de una tendencia científico-social. *Discusiones filosóficas*, (23), 279-306.
- Pellegrini Filho, A. (1999). La violencia y la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5, 219-221.
- Robles, Bernardo. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49. Recuperado en 16 de marzo de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004&lng=es&tlng=es.
- Braveman, Paula A & Gruskin, Sofia. (2003). Poverty, equity, human rights and health / Paula Braveman and Sofia Gruskin. *Bulletin of the World Health Organization : the International Journal of Public Health* 2003 ; 81(7) : 539-545 <http://www.who.int/iris/handle/10665/71937>
- Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):223–9. . Recuperado en 16 de marzo de 2019, de http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/49/Hirmas%20et%20al_Barreras%20y%20facilitadore%20s_2013.pdf?sequence=1

8. ANEXOS

Anexo A

GUIA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

REALIDADES Y RETOS DEL ACCESO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO BENEFICIARIA DEL PROGRAMA TEJIENDO ESPERANZAS DEL CENTRO DIGNIFICAR CHAPINERO, NARRATIVAS DE LAS VÍCTIMAS.

NUMERO DE ORDEN	TÓPICO	PREGUNTAS SUGERIDAS (ENTRE OTRAS POSIBLES)
1. Reconocer la importancia de las narrativas de las personas víctimas del conflicto armado con respecto al acceso a los servicios de salud y sus	<ul style="list-style-type: none"><i>Reconocimiento de La voz y perspectiva de las víctimas sobre el tema de las barreras de acceso y posibilidad de generar transformaciones</i>	<p>¿Cree que contar su historia ayudaría a mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud?²</p> <p>¿Cree que lo que usted dice es importante para el diseño de las políticas y programas?</p>

² Esto conecta con el reconocimiento de su experiencia y la posibilidad de transformar las condiciones del sistema

<p>barreras en el distrito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Que dicen las víctimas sobre las barreras de acceso (lo que no está contemplado en el sistema o documentos oficiales)</i> 	<p>¿Cree que su voz como víctima ha sido escuchada?</p> <p>¿Qué es para usted una barrera de acceso a los servicios de salud, puede identificar una?</p> <p>¿Qué piensa de las barreras de acceso a la salud?</p> <p>¿Usted cree que se le han presentado barreras para el acceso a los servicios de salud?</p> <p>¿Ha hecho propuestas para mejorar las barreras de acceso salud?, ¿han sido escuchadas sus propuestas?</p>
<p>2. Identificar las barreras de acceso en salud percibidas por los usuarios víctimas del conflicto armado a partir de sus experiencias y vivencias narradas.</p> <p>(Como lo siente y percibe las Barreras en su vivencia específica. Orientado hacia las experiencias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Elementos esenciales del derecho a la salud y su acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de la vivencia personal de las víctimas.</i> <p>disponibilidad, entendida como la presencia de suficientes bienes y servicios - infraestructura, recursos humanos, tecnología y programas de salud- para la atención de la población;</p> <p>accesibilidad, es decir, que los servicios de salud puedan ser usados por todos e involucra</p>	<p>¿cómo siente que lo tratan cuando solicita servicios de salud?</p> <p>¿Qué tipo de barreras ha percibido? Cuáles ha percibido, ejemplos</p> <p>¿Cree que los lugares de prestación de servicios, el personal y las citas son suficientes?</p> <p>¿Ha tenido dificultades con respecto a distancia de los lugares de atención?</p>

<p>obtenidas a partir de vivencia personal de barreras)</p>	<p>la no discriminación, accesibilidad física, económica y en información;</p> <p>aceptabilidad, entendiendo que los servicios de salud deben ser respetuosos de la ética y apropiados culturalmente</p> <p>calidad, es decir, apropiados desde el punto de vista técnico-científico</p>	<p>¿Se ha sentido discriminado en algún momento por ser víctima?</p> <p>¿Alguna vez ha tenido dificultades con pagos en los servicios de salud?</p> <p>¿Cree que se la ha dado la información suficiente sobre los servicios de salud, por ejemplo, rutas y trámites?</p> <p>¿Considera que alguna vez ha sido irrespetado por sus creencias, cultura, etnia u orientación sexual o por su condición de víctima?</p> <p>¿En su percepción los servicios de salud son de calidad?</p>
<p>3. Describir la situación de barreras de acceso en salud de la población víctima del conflicto armado desde el conocimiento sobre experiencias de otras personas</p> <p>Orientada hacia el conocimiento de</p>	<p><i>Percepción sobre las barreras de acceso en salud para la población de víctimas del conflicto armado, en general.</i></p>	<p>¿Cómo percibe las barreras para la población víctima en general?</p> <p>¿Cree que todas las víctimas tienen las mismas barreras de acceso a los servicios de salud?</p> <p>¿Conoce experiencias de otras personas víctimas del conflicto armado sobre barreras de acceso a servicios de salud?</p>

experiencias de terceras personas		
-----------------------------------	--	--

Anexo B

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: REALIDADES Y RETOS DEL ACCESO A LA SALUD DE LA
POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO BENEFICIARIA DEL PROGRAMA
TEJIENDO ESPERANZAS DEL CENTRO DIGNIFICAR CHAPINERO, NARRATIVAS DE LAS
VÍCTIMAS.**

Este proyecto de investigación al cual le estamos invitando a participar busca Conocer las barreras de acceso a la salud vivenciadas en su cotidianidad por la población víctima del conflicto armado beneficiaria del programa de atención primaria en salud con enfoque psicosocial Tejiendo Esperanzas del centro Dignificar Chapinero. Por favor lea este documento cuidadosamente, usted tiene derecho a tomarse el tiempo que requiera para decidir si desea o no participar en esta investigación.

Su participación es totalmente voluntaria, y puede hacer todas las preguntas necesarias o que usted considere a fin de conocer el estudio. También se le entregará una copia de este formato firmado.

Justificación

Para el Estado colombiano y para el Distrito capital la población víctima del conflicto armado es una de las más vulnerables del territorio en cuanto a temas de salud y de orden social sin embargo el ámbito de la prestación de servicios de salud y sus barreras de acceso no ha sido ampliamente analizado, aunque se tienen datos cerrados aportados por los sistemas de información. Por esta razón es importante para esta investigación conocer las manifestaciones del sentir y la percepción de las personas víctimas del conflicto armado con respecto a su condición, situación y barreras de acceso a la salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través de sus propias vivencias y narrativas.

Procedimiento

Si su deseo es participar deberá firmar el actual consentimiento informado, y narrar su experiencia con respecto a la atención en salud que ha recibido y las barreras de acceso que usted ha identificado bien sea en casos de baja complejidad, de urgencias, de atención a enfermedades o procedimientos de alto costo, afiliación, etc. La narrativa de su experiencia podrá tomarle un tiempo estimado de 60 minutos o menos si usted así lo determina.

Riesgos

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993, se considera el estudio a realizar de riesgo mínimo o nulos. Si en algún momento de la entrevista se llega a sentir incomodo(a), podrá retirarse en cualquier momento.

Beneficios

El Beneficio es poder contribuir al conocimiento de las barreras de acceso a salud percibidas directamente por la población. No habrá ningún beneficio económico para los participantes.

Privacidad y Confidencialidad

Los datos obtenidos de la entrevista narrativa serán anónimos y la información que se recoja será confidencial, y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. A fin de la recolección de datos, usted será identificado con un código cifrado o número. En caso de que exista un riesgo para su vida, esta situación debe informarse a otro profesional o familiar o persona cercana.

Información adicional:

Si en algún momento usted desea conocer más sobre los resultados de la investigación, podrá informarlo y estos se le darán a conocer de forma personal. Desde ya le agradecemos su participación.

Datos de contacto:

El proyecto de investigación se encuentra a cargo de la enfermera María del Pilar Lozano Gómez, estudiante de Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, y funcionaria del Proyecto Tejiendo Esperanzas del Centro Local de Atención a Víctimas de Chapinero. En caso de presentarse algún problema asociado a la investigación, usted también puede contactar al Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia. Teléfono: 316 52 51 Conmutador: 316 50 00 Ext. 15167 o al Correo electrónico: eticasalud_fmbog@unal.edu.co

Declaración de consentimiento:

He leído la información en este consentimiento informado incluyendo los riesgos y posibles beneficios. Todas mis preguntas sobre la investigación han sido aclaradas satisfactoriamente.

Firma: _____ **La firma debajo indica su permiso para hacer parte del estudio.**

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha (en letras de imprenta) _____

Testigo 1: _____

Nombre y Cédula

Teléfono:

Testigo 2:

Nombre y Cédula

Teléfono:

¡Muchas Gracias por su participación!

ANEXO D

La estrategia de búsqueda utilizó como palabra clave “PAPSIVI”; Período de búsqueda entre 2011 – 2018 (Desde Ley de Víctimas hasta año de la elaboración del informe final), obteniéndose así 306 resultados.

Como procedimiento de selección se realizó la lectura de los títulos y resúmenes de la totalidad de documentos recuperados (306), seleccionando aquellos que se dedicaran específicamente al estudio académico de algún aspecto del funcionamiento del programa PAPSIVI, y que estuvieran disponibles para acceso libre en su versión completa en la red. Luego del procedimiento anterior, y de eliminar registros repetidos, fueron Incluidos trece (13) documentos

No.	Autor	Año	Título	Tipo Documento	Objetivo principal	Tipo de Estudio	Link
1	Potes Morales, Lina Yurany Jiménez Carvajal, Abelardo (Director de Tesis o Trabajo de Grado)	2018	Evaluación del proceso de implementación del programa de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado: perspectiva de operadores y víctimas, Santiago de Cali 2012-2015	Tesis de Maestría en Salud Pública – Universidad del Valle.	Evaluar el proceso de implementación del Programa de Atención Psicosocial (PAPSIVI) en el componente de atención psicosocial, desde la perspectiva de las narrativas de los operadores y víctimas, bajo el territorio de influencia de una ESE en la ciudad de Santiago de Cali, mediante la reconstrucción del proceso, la determinación de la coherencia, relevancia, logros y capacidad de respuesta en su proceso de implementación, adicionalmente establecer las narrativas de los actores frente al programa y componer una meta narrativa que aborde la implementación de la política pública	Cualitativo, con perspectiva de análisis narrativo.	http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/12546

2	Cepeda Pérez, Alejandro	2018	Análisis de los factores que influyen en la recuperación psicosocial de las víctimas que acceden al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI)	Trabajo para optar al título de Magister en Estudios y Gestión del Desarrollo. UNIVERSIDAD DE LA SALLE FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES MAESTRÍA EN ESTUDIOS Y GESTIÓN DEL DESARROLLO Bogotá D.C. 2018	Analizar los factores que influyen en la recuperación psicosocial de las víctimas que accedieron al Papsivi en la vigencia 2017, de modo que, se identifiquen elementos y recomendaciones que permitan fortalecer la implementación del Papsivi, así como elementos de análisis para la materialización del punto 5 del Acuerdo Final de Paz.	Cuantitativo de corte transversal.	http://repository.lasalle.edu.co/handle/10185/28287
3	Benítez Barrera, Dayaira María	2018	Análisis del programa de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en el Corregimiento del Salado en el Departamento de Bolívar	Proyecto aplicado para optar al título de especialista en gestión pública. Universidad UNAD.	Analizar los procesos de atención psicosocial y reparación integral a las víctimas del conflicto armado del programa PAPSIVI del Ministerio de Salud y Protección Social bajo el marco de la justicia transicional por medio de la aplicación de la Ley de Víctimas 1448 de 2011.	Cualitativo de tipo documental.	https://repository.unad.edu.co/handle/10596/17953
4	Guillermo Alonso Castaño Pérez Gloria María Sierra Hincapié Daniela Sánchez Acosta Nadia Semenova Moratto Carolina Salas Zapata Carolina Buitrago Salazar María Alejandra Agudelo Martínez	2018	Salud mental en víctimas de desplazamiento o forzado por la violencia en Colombia El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura	Libro de investigación publicado por la Universidad CES.	General: Estimar la prevalencia de trastornos mentales y por uso de sustancias en la población víctima de desplazamiento forzado, entre los 13 y los 65 años de edad, en las tres ciudades con mayor recepción en Colombia (Bogotá, Medellín y Buenaventura) y establecer lineamientos para su intervención. Uno de los específicos: Evaluar desde la perspectiva de las víctimas de desplazamiento forzado el uso de servicios en salud mental.	Método cuantitativo. Tipo estudio poblacional de prevalencia en una población específica	http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4722/1/Salud%20Mental%20marzo%201%20FINA_L.pdf

5	Alfonso Téllez, Zaida Rubiela	2017	Propuesta para la Implementación del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas – PAPSIVI- como desafío del posconflicto en el municipio de Santa Rosa del Sur – Bolívar	Proyecto aplicado para optar al título de especialista en gestión pública. Universidad UNAD.	Diseñar una propuesta para brindar atención psicosocial y salud integral a través de la implementación del PAPSIVI, a desarrollar en el periodo del post conflicto en el municipio de Santa Rosa del Sur, Bolívar.	Enfoque cualitativo tipo estudio de caso.	https://repository.unad.edu.co/handle/10596/17898
6	Manosalva-Porras, Laura-Juliana	2017	Programa de entrenamiento en Sentido del Humor e Inteligencia Emocional en Profesionales del Programa de Atención Psicosocial y Salud integral a Víctimas - PAPSIVI	Trabajo de grado para optar al título de master universitario en psicología positiva. Universidad de Jaen.	Entrenar a los profesionales psicosociales en el Sentido del Humor y la Inteligencia Emocional para prevenir y reducir los síntomas del desgaste profesional que se producen al trabajar en el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral Víctimas – PAPSIVI.	Estudio cuasi experimental y un diseño 2x3, donde el grupo experimental recibirá el programa desarrollado y el grupo control el que habitualmente se ofrece desde Ministerio, habiendo tres periodos de medición: pretest, postest y seguimiento a los 6 meses.	http://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/8331
7	Juan David Villa Gómez1 , Daniela Barrera Machado2 , Laura Arroyave Pizarro3 , Yirley Montoya Betancur	2017	Acción con daño: del asistencialismo a la construcción social de la víctima. Mirada a procesos de reparación e intervención psicosocial en Colombia	Artículo publicado en Univ. Psychol. vol.16 no.3 Bogotá July/Sept.	Identificar la Construcción de significados sobre reparación institucional y reparación desde abajo en víctimas del conflicto armado	Método cualitativo, con enfoque fenomenológico-hermenéutico y un muestreo no probabilístico, tipológico e intencional.	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672017000300264

8	Méndez, Deisy Johana Julio Álvarez, Yurleidis	2017	Análisis de la atención psicosocial a víctimas del desplazamiento o forzado en el marco del conflicto armado en el Departamento de Arauca	Tesis de pregrado para optar al título de psicólogo. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales, Psicología, Arauca	Analizar la atención psicosocial a víctimas del desplazamiento forzado en el marco del conflicto armado en el Departamento de Arauca.	Método cualitativo. Revisión narrativa de literatura.	http://repository.ucc.edu.co/handle/ucc/6976
9	Juan David Villa Gómez1 , Laura Arroyave Pizarro2 , Yirley Montoya Betancur3 , Alejandra Muñoz4	2017	Vicisitudes de los proyectos institucionales de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado colombiano.	Artículo publicado en la Revista Ágora U.S.B., vol.17, n.1, pp.157-175. ISSN 1657-8031.	Comprender las experiencias subjetivas de los profesionales vinculados a proyectos de intervención con víctimas de violencia política en el ámbito psicosocial en la ciudad de Medellín y otros municipios del departamento de Antioquia, en relación con sus vivencias de malestar ético y desgaste emocional por su participación en estos proyectos.	Método cualitativo, enfoque fenomenológico – hermenéutico. Mediante 32 entrevistas semi-estructuradas, en profundidad.	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-80312017000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=es
10	Díaz Caballero Laura Yolanda Serrano Martínez Carolina	2016	Exposición al trauma: Trastorno de estrés posttraumático (tept) en víctimas del conflicto armado colombiano y posibles retos del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (papsivi)	Artículo publicado en revista Cambios y Permanencias No. 7 pp. 801-814	Analizar críticamente los posibles retos del Programa de Atención Psicosocial a Víctimas (PAPSIVI) ante el trastorno por estrés posttraumático.	Enfoque cualitativo tipo análisis crítico documental.	https://200.16.117.131/index.php/revistacyp/article/view/7075
11	Lorena Ramírez Cardona, Martha Cecilia Veloza Morales, Arabely López Pereira	2016	Acceso a servicios de salud por parte de desplazados víctimas del conflicto	Artículo publicado en Revista Nuevo Derecho. Vol 12 No. 19. pp 71-88	Generar un modelo y herramientas para realizar el monitoreo del acceso a los servicios de salud de las víctimas del conflicto armado; una vez se desarrollen las siguientes fases del estudio.	Método cualitativo. Revisión narrativa documental.	http://revistas.iue.edu.co/revistasieue/index.php/nuevodercho/artic/e/view/842/1115

			armado en Colombia				
12	Juan David Villa Gómez y Alfonso Insuasty Rodríguez	2015	Significados en torno a la reparación, la ayuda humanitaria, la indemnización y la restitución en víctimas del conflicto armado en el municipio de San Carlos	Artículo publicado en Revista El Ágora USB Vol. 15 Núm. 2. Pp 419 - 445	Desarrollar un seguimiento significativo, desde la perspectiva de la población, sobre las acciones que el Estado en los diversos momentos ha realizado en pro de la reparación de las víctimas en el Municipio de San Carlos, Antioquia	Método cualitativo, apelando a diversas estrategias metodológicas para triangular información: 12 grupos focales (GF), con la participación de 150 personas, 7 entrevistas individuales (EI) y 5 entrevistas grupales (EG) para completar un número de 170 personas participantes.	https://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/1623
13	Yuli Viviana Gutiérrez Cristancho	2015	Los dolores del alma y la vida cotidiana: intervención psicosocial y desplazamiento o forzado, Montes de María-Sucre, Colombia	Tesis de maestría en DDHH. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.	Conocer algunas de las consecuencias del conflicto armado desde la voz de las víctimas, desde lo que les ha significado la intervención psicosocial dada por el Estado en ese nuevo proceso de reconstruir sus vidas y la de su familiares.	Método cualitativo, haciendo entrevistas semiestructuradas e historias de vida tanto a víctimas del conflicto armado como a funcionarios y profesionales vinculados a programas de gobierno.	http://148.224.97.92/js_pui/bitstream/i/3769/1/MDH1LDA01501.pdf