

**PERCEPCIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE “VÍCTIMAS DEL
CONFLICTO ARMADO” DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA (2012 – 2021) EN
PAMPLONA: MIRADA DESDE EL DESARROLLO**

ANDREA PEDRAZA MENDOZA

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE ARTES Y HUMANIDADES

MAESTRÍA EN PAZ, DESARROLLO Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

PAMPLONA

2020

**PERCEPCIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE “VÍCTIMAS DEL
CONFLICTO ARMADO” DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA (2012 – 2021) EN
PAMPLONA: MIRADA DESDE EL DESARROLLO**

**Trabajo de grado para obtener el título de magíster en Paz, Desarrollo y Resolución de
Conflictos**

Presentado por:

ANDREA PEDRAZA MENDOZA

Directora:

Doctora Diana Janeth Villamizar Carrillo

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE ARTES Y HUMANIDADES

MAESTRÍA EN PAZ, DESARROLLO Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

PAMPLONA

2021

AGRADECIMIENTOS

Al todopoderoso que me dotó de las cualidades necesarias para desarrollar este proyecto

A mis padres, quienes se esforzaron por darme la mejor educación en la medida de sus posibilidades; confiaron en mí y me brindaron su apoyo moral.

A la Universidad de Pamplona, una gran institución que me abrió las puertas para trabajar, estudiar y desarrollarme como profesional.

A los líderes y víctimas del conflicto armado, quienes participaron del presente estudio. Ellos sin conocerme me abrieron las puertas de sus casas. También a la Directora Departamental de Salud, personero y demás funcionarios que toman decisiones sobre la salud, quienes estuvieron dispuestos a compartir la información necesaria para hacer posible este análisis.

A Pamplona, la fría ciudad que me acogió con calor humano y solidaridad.

A mis compañeros de maestría que siempre me apoyaron.

Y en fin a todas y cada una de las personas que hicieron posible la realización de este trabajo.

CONTENIDO

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	9
SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	9
FORMULACIÓN DE PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN	13
JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	13
JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.....	15
OBJETIVOS.....	16
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
MARCO REFERENCIAL.....	18
Referentes internacionales	18
Referentes nacionales	41
MARCO TEÓRICO.....	60
Desarrollo Humano y salud.....	60
Plan Decenal de Salud (2012 – 2021).....	70
Dimensión “gestión diferencial de las poblaciones vulnerables”	71
Enfoque psicosocial	72
Enfoque diferencial.....	73
Programa de Atención Psicosocial	74
Víctimas del conflicto armado	75
Evaluación de políticas públicas en salud.....	78
MARCO CONTEXTUAL.....	83
Situación de Pamplona.....	83
MARCO LEGAL.....	86
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	106
<i>Tipo de investigación</i>	<i>106</i>
<i>Diseño.....</i>	<i>108</i>
<i>Sujetos que participaron del estudio</i>	<i>108</i>
<i>Técnicas</i>	<i>109</i>
<i>Validez y confiabilidad.....</i>	<i>115</i>
<i>Juicio de expertos</i>	<i>115</i>
<i>Comité de ética</i>	<i>116</i>

<i>Triangulación poblacional</i>	117
CAPÍTULO IV: RESULTADO Y DISCUSIÓN	118
<i>Entrevista semiestructurada</i>	119
<i>Análisis general de la Categoría I. Inclusión de las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021) en el Plan de Desarrollo Municipal</i>	211
<i>Análisis general de la Categoría II. Gestión institucional</i>	245
<i>Análisis general de la Categoría III. Accesibilidad y barreras de las víctimas para beneficiarse del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021)</i>	299
<i>Análisis general de la Categoría IV. Programa de Atención Psicosocial para Víctimas del Conflicto Armado (Papsivi)</i>	319
<i>Análisis de documentos oficiales: Inclusión del Plan Decenal de Salud Pública en el Plan de Desarrollo Municipal</i>	322
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN TEÓRICA DESDE LA PERSPECTIVAS DEL DESARROLLO HUMANO	324
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN GENERAL	335
CONCLUSIONES	350
RECOMENDACIONES	366
ANEXOS	370
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	391

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Categoría I, pregunta No. Uno: ¿De qué manera participó la comunidad víctima en la construcción de los planes territoriales en salud?	119
Tabla 2. Categoría I. Pregunta No. Dos ¿Cuáles son las estrategias que el plan de desarrollo municipal contempla para la atención de víctimas del conflicto armado, de acuerdo al plan decenal de salud en cuanto a la posibilidad que tienen las víctimas de acceder a los servicios de salud?	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3. Categoría I. Pregunta No. Tres ¿Conoce cuáles son estrategias de las dimensiones del plan decenal de salud pública que se llevan a cabo en la región específicamente en atención a víctimas del conflicto armado?	131
Tabla 4. Categoría I. Pregunta No. Cuatro ¿Qué acciones dirige el municipio sobre la dimensión “salud ambiental” específicamente con las víctimas del conflicto armado?	137
Tabla 5. Categoría I, pregunta No. Cinco ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión de “convivencia social y salud mental”, específicamente con las víctimas del conflicto armado? .	141
Tabla 6. Categoría I, pregunta No. Seis ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “seguridad alimentaria y nutricional” específicamente con las víctimas del conflicto armado? .	149
Tabla 7. Categoría I, pregunta No. Siete: ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos”, ¿específicamente en víctimas del conflicto armado?	158
Tabla 8. Categoría I, pregunta No. Ocho: ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “Vida saludable y enfermedades no transmisibles”, específicamente en víctimas del conflicto armado?	166
Tabla 9. Categoría I, pregunta No. Nueve: ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión salud pública en emergencias y desastres, específicamente en víctimas del conflicto armado?	174
Tabla 10. Categoría I, pregunta No. Diez. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “¿Vida saludable y condiciones trasmisibles”, específicamente en víctimas del conflicto armado?	179
Tabla 11. Categoría I, pregunta No. Once: ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “Salud y ámbito laboral”, ¿específicamente en víctimas del conflicto armado?	185
Tabla 12. Categoría I, pregunta No. Doce: ¿De qué manera se socializan los derechos y deberes contemplados en la justicia transicional en cuanto a salud en víctimas del conflicto armado en el municipio de Pamplona?	190
Tabla 13. Categoría I, pregunta No. Trece: ¿Cómo se capacita a los líderes comunitarios y de las víctimas del conflicto armado sobre derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario para facilitar la verificación de la garantía de los derechos y favorezcan el acceso a servicios de salud con calidad a la población identificada como víctima del conflicto armado?	198
Tabla 14. Categoría I, pregunta No. Catorce: ¿Cuáles son los mecanismos de participación de los comités de vigilancia epidemiológica, comité de participación comunitaria y veedurías de salud en su municipio?	204
Tabla 15. Categoría II, pregunta No. Uno ¿Qué instituciones posee el municipio para responder a las demandas y necesidades de salud de las víctimas del conflicto armado?	218
Tabla 16. Categoría II, pregunta No. Dos: ¿De dónde provienen los recursos que financian a las instituciones que responden a las demandas y necesidades de las víctimas?	223

Tabla 17. Categoría II, pregunta No. Tres: ¿Qué tipo de talento humano posee el municipio para garantizar la atención en salud de las víctimas del conflicto armado?	227
Tabla 18. Categoría II, pregunta No. Cuatro: ¿Cómo se capacita el talento humano en salud?	231
Tabla 19. Categoría II, pregunta No. Cinco: ¿Qué infraestructura y tecnología sanitaria tiene el municipio para garantizar el acceso a la salud de las víctimas del conflicto armado?	236
Tabla 20. Categoría II, pregunta No. Seis: ¿Cuánto dinero invierte el municipio en la adquisición de infraestructura y tecnología para garantizar el acceso de salud a las víctimas del conflicto armado?	242
Tabla 21. Categoría III, pregunta No. Uno. De acuerdo con lo anterior, ¿cómo se le brinda el acceso a la asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado?	248
Tabla 22. Categoría III, pregunta No. Dos: ¿Cuáles son las barreras que impiden a las víctimas del conflicto armado acceder a la asistencia humanitaria?	255
Tabla 23. Categoría III, pregunta No. Tres: ¿Cuáles son las oportunidades de acceso de las víctimas del conflicto armado a la asistencia humanitaria?	260
Tabla 24. Categoría III, pregunta No. Cuatro: ¿Cuáles son las barreras que impiden a las víctimas acceder a los servicios de salud que contempla el Plan Decenal de Salud pública? .	265
Tabla 25. Categoría III, pregunta No. Cinco: ¿Cuáles son las oportunidades de acceso de las víctimas del conflicto armado a la atención en salud que contempla el Plan Decenal de Salud Pública?	272
Tabla 26. Categoría III, pregunta No. Seis: Respecto al concepto anterior: ¿Cómo considera que se incorpora el enfoque psicosocial en la prestación de asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado?	277
Tabla 27. Categoría III, pregunta No. Siete: De acuerdo con el concepto anterior, usted como administrador público, ¿Cómo considera que se incorpora el enfoque diferencial en la asistencia humanitaria a las víctimas?	289
Tabla 28. Categoría IV, pregunta No. Uno: ¿Considera que se debe implementar en Pamplona, el Programa de Atención Psicosocial para las Víctimas del Conflicto Armado PAPSIVI?	310

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1. Aval del Comité de Ética de la Vicerrectoría de Investigaciones Unipamplona	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 2. Formato de consentimiento informado de la Vicerrectoría de Investigaciones Unipamplona	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 3. Técnica de recolección: entrevista para administradores de la política pública.....	370
Anexo 4. Técnica de recolección: entrevista para líderes de las víctimas del conflicto armado	374
Anexo 5. Técnica de recolección: entrevista para víctimas del conflicto armado	379

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Las víctimas del conflicto armado colombiano como ciudadanas de un país democrático tienen derechos fundamentales que deben ser amparados por el aparato estatal que tiene con ellas una responsabilidad y compromiso de reparación, especialmente en lo que concierne a su salud, que tan gravemente se vio vulnerada. A pesar de algunos esfuerzos del Estado por incluir a las víctimas en las políticas públicas, se evidencia que su acceso a la salud se ve afectado por la carencia de un enfoque diferencial (Cardona et al., 2016), aun cuando hay una alta prevalencia de trastornos, según Castaño et al., (2018) “mentales y consumo de drogas en esta población, que justifica el diseño de políticas, planes y la implementación de programas orientados a su recuperación” (p.1).

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012 – 2021) es una política establecida por medio de la ley 1438 de 2011, que ha guiado las estrategias y acciones en salud en los últimos años, las cuales debían incluirse e implementarse en cada uno de los municipios del país para mejorar y garantizar a los colombianos el acceso equitativo a la salud.

EL PDSP consta de diez dimensiones, ocho prioritarias y dos transversales. Una es la gestión diferencial de las poblaciones vulnerables, que incluye por primera vez en la historia del país, un componente denominado: víctimas del conflicto armado interno con 12 estrategias para garantizar el acceso y mejorar las condiciones de salud de la población víctima del conflicto armado, quienes por su contexto histórico y condiciones sociales específicas requieren también del Programa de Atención Psicosocial, diseñado para “atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas y mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a

la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades”(Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

La Unidad para la Atención y Reparación Integral registra más de 1.800 víctimas del conflicto armado en Pamplona, provenientes de aquellos lugares del departamento de Norte de Santander donde aún existe violencia (*Registro Único de Víctimas (RUV) | Unidad para las Víctimas*, n.d.) De igual manera, en el año 2015 se incluyeron 245 familias en esta base de datos y el secretario de gobierno de Norte de Santander en ese entonces declaró a Pamplona como un ejemplo de atención a esta población (La Opinión, 2015).

Sin embargo, en muchas localidades, las estrategias derivadas de políticas públicas no han tenido realmente ningún impacto para las personas y comunidades, lo que puede indicar que existen fallas en su ejecución, que posiblemente no se han detectado y que se continúan repitiendo a través de los años debido a una falta de seguimiento y evaluación.

La literatura académica evidencia que los planes territoriales de desarrollo no poseen políticas públicas integrales, sino solamente, según Molina-Marín et al., (2014), “programas y estrategias separadas en diversas temáticas de salud” (p.1), esto quiere decir que en algunos municipios no existe una articulación entre el Plan Decenal de Salud y los planes territoriales de desarrollo, lo que puede incidir en que no se implementen las estrategias que se plantean o al menos no como debería.

Otras problemáticas que se presentan al implementar los planes de desarrollo locales son la falta de gestión de los administradores públicos, la destinación de poco presupuesto a la salud, la construcción de programas y políticas que no se basan en las realidades de los habitantes y la falta de continuidad de los proyectos de gobiernos anteriores (Molina-Marín et al., 2014).

Por el contrario, un análisis de la política pública desde la mirada de los actores que participan en ella, permite consolidar conocimientos sobre las actividades y programas que han funcionado y determinar cuáles son las dificultades, necesidades y barreras sanitarias que impiden que la política sea eficaz. De igual manera es una herramienta de control político y de mejoramiento que contribuye a que los gobernantes tomen mejores decisiones en el futuro (Bertranou, 2019).

Además, existen otras condiciones que afectan el acceso a la salud, entre esas, una red hospitalaria precaria, falta investigación y de capacitación del personal de salud, barreras culturales, geográficas, educativas y un sistema de salud que favorece a aquellos con más ingresos (Peñaranda C. et al., 2002).

Entre otras limitantes del acceso de las víctimas a la salud se encuentra: la falta de financiación, el desconocimiento sobre la normatividad vigente, la cobertura insuficiente, los escasos canales de atención, y la poca o nula voluntad de los estamentos gubernamentales locales, regionales y nacionales (Pereira et al., 2017).

De acuerdo con este contexto se hizo necesaria esta investigación con el fin de analizar los logros o debilidades en la implementación de las estrategias de salud para esta población considerada como vulnerable, tomando como matriz a evaluar el Plan Decenal de Salud Pública. Además, sirvió para averiguar la manera en qué se incluyen las estrategias del PDSP en los planes de locales de desarrollo, así como otras condiciones que inciden en la calidad de la salud tales como las barreras, el acceso, la gestión institucional de los administradores públicos, la infraestructura y tecnología, la capacitación del talento humano.

FORMULACIÓN DE PROBLEMA

¿Cómo es la implementación de las estrategias del componente víctimas del conflicto armado interno del Plan Decenal de Salud Pública en Pamplona desde las percepciones de los actores involucrados?

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La salud es uno de las libertades fundamentales para el desarrollo humano de un individuo y por ende para que pueda ser y decidir (Edo, 2002). De igual manera, Nussbaum establece a la salud como la segunda capacidad más importante de un hombre, después de la vida, ya que sin salud es más difícil y a veces imposible acceder a mejores niveles y condiciones de existencia, debido a que es un estado que facilita la creación de otras capacidades o libertades. La enfermedad por el contrario afecta el trabajo, las relaciones sociales, el aprendizaje y la economía del hogar y a la larga retrasa el progreso y el desarrollo económico de un país.

Por esta razón, es importante que los gobiernos se interesen por mejorar las políticas públicas, entendiendo por política pública, aquellas decisiones que pretenden solucionar los problemas y necesidades de una comunidad específica teniendo en cuenta sus condiciones particulares de vida. La política pública conlleva una responsabilidad del gobierno para con los ciudadanos (Molina Marín & Cabrera Arana, 2008). Estas políticas deben ser construidas con la participación de las comunidades y muchas de ellas se basan en directrices que se establecen en el ámbito internacional con el fin de disminuir las brechas sociales entre las naciones desarrolladas y aquellas que están en ese camino.

En consecuencia, a través de los indicadores de desarrollo humano publicados por la Organización de la Naciones Unidas, los gobiernos toman decisiones con el fin de mejorar sus propias políticas y así intentar garantizar a los ciudadanos sus libertades fundamentales. En este sentido y teniendo en cuenta las teorías del desarrollo es interesante analizar la manera

en que han incidido en las políticas públicas en el plano pragmático, es decir si la implementación de las estrategias del componente víctimas del conflicto armado interno del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021) son creadoras de capacidades o por el contrario hacen parte de decisiones autoritarias de los gobiernos locales que inhiben el desarrollo de una población tan golpeada por la violencia y la desigualdad como las víctimas del conflicto armado, sobre todo porque por primera vez en la historia del país estas políticas cuentan con un enfoque diferencial y psicosocial.

A pesar de que los indicadores muestran que Colombia es un país con altos niveles de desarrollo en salud y la cobertura abarca el 95 por ciento de la población, (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS), 2020), e incluso se estima que alrededor del 88 % de las víctimas están afiliadas al sistema de salud (Daniel, 2019), lo cierto es que existen algunas circunstancias imposibilitarían a la población a tener una salud de calidad, más si tenemos en cuenta que los indicadores de la ONU son cuantitativos y no cualitativos, (ONU, 2018) y por lo tanto no reflejan las dificultades que tienen los colombianos al momento de acceder a la salud.

JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Esta investigación se realiza con el propósito de analizar desde la perspectiva de sus actores, la implementación de las estrategias del componente, “Víctimas del conflicto armado interno” del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012 – 2021) en el municipio de Pamplona, Norte de Santander, Colombia, teniendo en cuenta que esta política pública tiene como fin lograr un impacto positivo en los determinantes sociales y en sus dimensiones transversales, considerando la gestión diferencial de las poblaciones vulnerables en uno de sus componentes denominado *víctimas del conflicto armado interno* y reconociendo la salud como un derecho e indicador del desarrollo humano, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a). De igual manera se espera que el documento final, producto de las indagaciones realizadas, sirva de insumo para que los gobernantes mejoren la implementación de las políticas públicas en sus territorios.

Este análisis de las percepciones sobre la implementación del Plan Decenal de Salud en los municipios del país, es importante al ser este un pacto social en el cual participaron distintos sectores, actores, comunidad e individuos responsables de la salud, que “constituyó un ejercicio de movilización sin precedentes en Colombia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a), el cual por primera vez en la historia incluyó en sus páginas un componente dirigido a las víctimas del conflicto armado en su dimensión transversal.

El análisis del componente “Víctimas del Conflicto Armado Interno” permite conocer si estas estrategias responden a las necesidades específicas de las personas que padecieron el conflicto en Colombia. También contribuye a la reflexión y el mejoramiento de dichas estrategias y actividades en términos de eficacia, eficiencia y equidad.

Además, esta investigación se convierte en una herramienta para valorar la acción estatal porque a través de esta se puede determinar si la administración municipal cumple con la corresponsabilidad frente a las estrategias establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública. En el mismo sentido fortalece la democracia y el control ciudadano permitiendo a veedores y líderes conocer si la atención en salud se realiza transparentemente y con la respectiva calidad y eficacia que debe tener. Por otra parte, también consolida conocimientos acerca de recursos, tecnologías, instrumentos y talento humano que trabaja en la implementación del Plan Decenal de Salud Pública (Bertranou, 2019).

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar las percepciones de los actores que participan de la implementación de las estrategias del componente, “víctimas del conflicto armado interno” del Plan Decenal de Salud Pública, (PDSP 2012 – 2021) en el municipio de Pamplona.

Objetivos específicos

- Identificar las formas de inclusión de las estrategias de atención de las víctimas del conflicto armado interno en el Plan de Desarrollo Municipal de Pamplona a través de entrevistas y análisis documental.
- Conocer las percepciones de la población víctima del conflicto armado en cuanto a la accesibilidad y dificultades para hacer parte de los programas y servicios del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021) mediante entrevistas a administradores de la política pública, líderes de asociaciones de víctimas y víctimas.
- Describir la gestión institucional para la obtención y distribución de recursos dirigidos a la atención de la población víctima incluida en el estudio para dar cumplimiento a las metas del Plan Decenal de Salud Pública.
- Discutir la panorámica del Plan Decenal de Salud y su impacto en el desarrollo humano de las víctimas del conflicto armado.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

MARCO REFERENCIAL

Referentes internacionales

Título: “Nadie está preparado para escuchar lo que vi”: atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile. **Autores:** Alejandra Carreño, Alice Blukacz, Baltica Cabieses, Diego Jazanovich. **Año:** 2020. Revista Salud Colectiva.

Resultados: Este estudio presenta las barreras de refugiados y solicitantes de asilo en Chile, quienes escapan de situaciones difíciles, violentas o de pobreza de sus territorios de origen y requieren de atención en salud mental. Se halló que los programas y servicios ofrecidos a esta población no son constantes, que a menudo no puede acceder fácilmente a la atención primaria en salud y que existen necesidades de información y comunicación que contribuyen a que este derecho sea un obstáculo.

También se halló que los refugiados no confían en los servicios de salud mental por lo que toman distancia de los mismos, ya que hay una percepción de que los profesionales de la salud no toman la salud mental de estas personas como un problema serio y real. O en algunos casos son los mismos refugiados, quienes no consideran que su salud mental requiera atención.

De igual manera manifestaron que existe un estigma hacia las personas extranjeras y las diferencias culturales e históricas suelen ser una barrera a la hora de acceder a los servicios de salud mental.

En los resultados también se muestra una experiencia durante la cual uno de los refugiados tuvo atención por parte de una universidad, quien manifestó que hace falta más preparación profesional para atender casos de migración que escapan a las técnicas psicoterapéuticas conocidas y refuerzan la revictimización.

Finalmente se encontró que los refugiados o solicitantes de refugio padecen también de estrés posmigratorio que podría ser provocado por sentimientos de añoranza, nostalgia; la percepción de discriminación y aculturación, desempleo, descalificación laboral, el impacto del proceso de solicitud del asilo (Carreño et al., 2020).

Título: Estrategia del Programa de Reparaciones en salud mental: una aproximación a la acción del Estado peruano para garantizar derechos de víctimas de la violencia

política. **Autores:** Claudia Mariela Alvarez Blas. **Año:** 2020. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Resultados: Se evidenció que el Estado Peruano no ha priorizado la salud mental de las víctimas del conflicto armado que sufrió el país entre los años 1980 y 2000, siendo que no atiende las necesidades emocionales de esta población. También mostró que la condición de víctima sumada a otras variables como la etnia, la edad, género o discapacidad agravan su situación y discriminación y por tanto el ejercicio de sus derechos.

El estudio habla de la importancia de la salud mental para darle voz a las víctimas de la violencia y un mejor tratamiento a las secuelas que dejó el conflicto armado. En este sentido es fundamental la gestión pública para garantizar la eficiencia de los servicios de salud que debe ahondar más allá de los aspectos clínicos, ya que el Plan Integral de Reparaciones de dicho

país no ha satisfecho a las víctimas peruanas y tampoco cuenta con un seguimiento o evaluación que les permita conocer la calidad de las intervenciones.

Dentro de otros hallazgos importantes se destaca la falta de articulación intersectorial para la atención de las víctimas del conflicto armado interno, la deficiente atención en salud a las víctimas de la violencia, el desconocimiento del personal administrativo respecto a las disposiciones vigentes en materia de atención a víctimas de la violencia, la limitada oferta de servicios de salud mental, la escasa voluntad política y la carencia de una política nacional.

También incluye varios ejemplos que alternativas de solución evidenciadas en países como Guatemala, Sri Lanka, El Salvador y Colombia (Claudia Mariela Alvarez Blas & Chein, 2020).

Título: Implementation of a Mental Health Care Package for Children in Areas of Armed Conflict: A Case Study from Burundi, Indonesia, Nepal, Sri Lanka y Sudan.

Autores: Mark J. D. Jordans, Wietse A. Tol, Dessy Susanty, Prudence Ntamatumba, Nagendra P. Luitelo, Ivan H. Komproe, Joop T. V. M. de Jong. **Año:** 2013.

Resultados: el estudio describe la experiencia de un programa de salud mental dirigido a niños y adolescentes que han sido víctimas del conflicto armado en Burundi, Indonesia, Nepal, Sri Lanka y Sudan.

Este programa hace parte de una política en salud que buscaba reducir los traumas y discapacidad asociada a los problemas de salud mental de esta población. Diversas organizaciones involucradas desarrollaron intervenciones basadas en la evidencia con el fin de hacer efectiva las pautas internacionales en contextos de la vida real, es decir integraron la investigación a la práctica a través del monitoreo y la evaluación.

La implementación se basó en cuatro principios principales: cuidado multinivel, eficacia, sensibilidad al contexto y resiliencia. Una de las claves del programa fue el aseguramiento de la población objetivo a las diferentes componentes del sistema. También se identificaron los niños con mayores niveles de estrés psicosocial y sus factores protectores y se realizaron consultas cualitativas. Como resultado a los niños se les dio la oportunidad de participar en actividades recreativas, grupos de terapia y un grupo menor a otros especialistas en salud mental. En cuanto a la efectividad se analizó cualitativamente las particularidades del contexto sociocultural y la aceptación del programa mediante estudios de caso.

También se utilizó la investigación cualitativa para conocer sus necesidades específicas y conocer aspectos de resiliencia de la comunidad en la que se crearon asociaciones como una estrategia para incrementar la movilización social como parte de paquete de cuidado, adaptando los tratamientos psicosociales a nuevos escenarios (Jordans et al., 2013).

Título: Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave. **Autores:** Lina Díaz Castro, Armando Arredondo, Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte, Marc Hufty. **Año:** 2017. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos, México

Resultados: Esta investigación hace una evaluación de la política pública de salud mental mexicana desde la perspectiva de los actores que participan en su implementación. La indagación se desarrolló con una metodología cualitativa mediante entrevistas a profundidad que fueron organizadas en categorías para su análisis para apreciar los recursos monetarios, infraestructura, tecnología, capacitación y número de personal.

Los resultados mostraron que los actores no tienen el mismo nivel de participación e incidencia en la implementación de la política pública. Los directivos tienen recursos económicos y de decisión, las subdirectivas cuentan con recursos simbólicos, y los clínicos y usuarios no cuentan con ningún recurso de poder, ni con participación dentro de las instituciones de salud mental. Lo que demostró que se tiene una “gobernanza débil y centralizada, no inclusiva, ni sistemática”(Díaz-castro et al., 2017).

Los subdirectivas, clínicos y usuarios manifestaron no decidir sobre el monto destinado a la salud mental, ni tener influencia para definir el número de recurso humano que se requiere para la atención. Lo anterior podría ser grave, pues demuestra que la política se ejecuta de manera vertical sin tener en cuenta el punto de vista de quienes, por una parte, de manera directa implementan la política, como es el caso de los clínicos, y por otra, de los usuarios, quienes serían sus beneficiarios.

También se evidenció que no existieron mecanismos de transparencia o de rendición de cuentas, lo que dejaría la puerta abierta a malos manejos del dinero para el cumplimiento de las estrategias en salud mental, con el agravante de que los subdirectores los desconocen, no los exigen o ejercen en las entidades donde trabajan. Estas situaciones permiten observar que “la gobernanza difícilmente es regulada o supervisada y que por tanto no se puede asegurar su cabal cumplimiento”.

Una de las conclusiones más importantes es que “a pesar de que existe una legislación en el sistema de salud no se garantiza, ni la implementación, ni la calidad de los servicios”, además de que “los actores solo cumplen con lo estipulado de manera pasiva y con efectos aislados”, esto implica que no existe un compromiso real por las personas, sino por alcanzar objetivos como la certificación o una buena calificación en la evaluación externa y que más tarde, las acciones planteadas no tengan repercusiones en el ámbito social o el mejoramiento de la salud mental de los usuarios.

Los autores del estudio recomendaron tener en cuenta los resultados para la formulación de las políticas y programas en salud mental, así como la capacitación de los actores, el trabajo coordinado con ellos a través de representantes de los usuarios, la interacción social y la adquisición de roles significativos para que puedan hacer parte de las decisiones que les conciernen.

Título: El seguimiento y la evaluación de políticas públicas, modelos disponibles para producir conocimiento y mejorar el desempeño de las intervenciones públicas. **Autor:** Julián Bertranou.

Año: 2019 Universidad Nacional de San Martín, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

Resultados: este artículo hace una recopilación de las fortalezas y debilidades de los diferentes tipos de evaluación que a menudo se utilizan para evaluar las políticas públicas. Menciona que una parte muy significativa de los malos desempeños gubernamentales se deben a la incertidumbre, a problemas de mala gestión, negligencias o a la falta de capacidad institucional.

El artículo habla de la importancia de recopilar conocimiento acerca de las fallas que ocurren en las políticas públicas a través de la práctica de seguimiento y evaluación, además de la posibilidad que ofrece la evaluación de conocer intervenciones y perfeccionar futuras estrategias, en términos de eficacia, eficiencia y equidad.

El trabajo nos presenta diferentes justificaciones para realizar la evaluación de políticas, programas y técnicas, tales como ser una herramienta de legitimización, fortalecimiento de la democracia, control y participación ciudadana, pertinencia y calidad de los instrumentos, consolidar los saberes profesionales de los agentes de la administración pública.

Como obstáculos menciona que los políticos no promueven evaluaciones porque temen que se hagan públicos sus fracasos, así como por la ausencia de tecnología adecuada, falta de costumbre, resistencia al cambio, desconocimiento sobre el accionar de las instituciones públicas.

De este artículo en relación con la presente investigación, interesa la evaluación desde la perspectiva de sus beneficiarios que busca conocer el funcionamiento y el impacto de un programa incorporando activamente a sus beneficiarios para mejorar el proceso de toma de decisiones e impulsar mecanismos de consulta permanente, eficacia, efectividad, como de calidad y transparencia, (Bertranou, 2019).

Título: Indicadores de evaluación de impacto de promoción de salud para adultos mayores en atención primaria. **Autores:** Danay Sosa García, Silvia Magaly García Suárez, Marisol Ibarra Arencibia, Nereida Piñeiro Suárez y Yulie Calzadilla Carrillo. **Año:** 2019. **Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque, Cuba.**

Resultados: esta investigación se basó en la mera estipulación de los indicadores de evaluación del programa más no a la evaluación en sí misma. La metodología que utilizaron fue cualitativa mediante la realización de un análisis documental y la triangulación de la información. Los autores primero realizaron la selección de 15 expertos quienes cumplieron unos criterios de experiencia, conocimiento, profesión y una entrevista.

Los resultados del análisis y la triangulación se sistematizaron en una matriz con 50 indicadores que posteriormente fueron revisados por los expertos, teniendo en cuenta las categorías de impacto social, económico y científico. Cada uno de los indicadores a su vez fue evaluado por medio de una escala con las variables “muy adecuado, bastante adecuado, adecuado, poco adecuado y no adecuado”. Luego se eliminaron de la tabla los indicadores que

obtuvieron como calificación “no adecuado” y “poco adecuado”. Finalmente, los indicadores resultantes fueron nuevamente evaluados por medio de una escala de uno a diez (de menor a mayor importancia).

En la categoría de impacto social los indicadores evalúan si se identifican y solucionan las necesidades de la población adulta mayor, si ellos son incluidos en el sistema de salud, los espacios de interacción, la equidad, la comunicación, la vigilancia local, la contribución a mantenimiento de su vida, la participación, la satisfacción, financiación, eficacia, efectividad y sostenibilidad.

Esta investigación se asemeja al presente estudio en cuanto a que se diseñó la matriz teniendo en cuenta la documentación y los criterios que se estipularon en la política. Los indicadores fueron revisados por expertos con experiencia en el trabajo con adultos mayores y se realizó la triangulación de los datos, lo que le brinda mayor confiabilidad. De igual manera dentro de los indicadores también se da importancia a factores como la participación, comunicación, financiación e inclusión dentro del sistema de salud que dé respuesta a las necesidades y problemas de esta población, (Sosa García et al., 2019).

Título: ¿Salud pública o privada? Los factores más importantes al evaluar el sistema de salud en Chile. **Autores:** Pedro Aravena, Manuel Inostroza. **Año:** 2015. Instituto de Salud Pública, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile.

Resultados: el estudio muestra una evaluación de los sistemas público y privado de la salud en Chile. Los resultados presentan que un alto porcentaje de la población está descontento con el servicio del sistema público, especialmente en relación con el servicio de urgencias y el 45.5 por ciento de la población no se siente protegida financieramente con su actual plan de salud,

la calificación de los médicos generalmente es alta, al igual que la percepción del trato administrativo y calidad de la infraestructura.

Título: Economic Evaluation enhances public health decision making. **Autores:** Kristina M. Rabarison, Connie L. Bish, Mehran S. Massoudian y Wayne H. Giles. **Año:** 2015. Division of Population Health, National Center for Chronic Disease and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA

Resultados: Este estudio trata de acerca de cómo la evaluación de las políticas públicas puede ayudar a la toma de mejores decisiones que contribuyan a reducir costos y alcanzar mayor efectividad. A pesar de que la naturaleza de esta investigación es diferente permite conocer los factores que se deben evaluar en las políticas públicas y destaca la importancia de la evaluación para hacer más eficiente la implementación de las políticas en términos económicos, teniendo en cuenta que el sector salud en Estados Unidos posee un presupuesto muy restringido y contraído, lo que dificulta el papel de los profesionales en el área.

El documento muestra que la evaluación económica contribuye a decisiones basadas en la evidencia, que aplicadas a las políticas públicas ayudan a los líderes y a la comunidad a identificar, medir, comparar actividades con el impacto necesario, escalabilidad y sustentabilidad para optimizar la salud de la población, además de ayudar a tomar decisiones sobre la asignación de recursos y la escala de las intervenciones (Rabarison et al., 2015).

Título: Salud mental comunitaria: equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones. **Autores:** Daniela Olivares-Aising, María del Valle Barrera. **Año:** 2019. Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Resultados: el estudio muestra la perspectiva de los profesionales de la salud en su rol de implementadores de las políticas públicas en salud mental que no funcionaron en la disminución del consumo de alcohol y drogas en Chile.

También intenta demostrar que no es posible alcanzar los resultados esperados si no existe participación del personal de salud y de los beneficiarios, por este motivo propone la implementación de un modelo comunitario mediante el cual los individuos se apropien de su proceso de recuperación en coherencia con los fundamentos del desarrollo humano, contrariamente a lo que pretenden las políticas neoliberales o subsidiarias y modelos verticales de desarrollo que buscan la dependencia de las personas a determinados gobiernos en vez de su autonomía. Desde este punto de vista neoliberal se considera a la persona como un objeto que pasivamente recibe lo que el Estado pueda otorgarle y no un sujeto con derechos capaz de transformar su propia realidad y decidir lo que desea para su vida.

Es significativo observar que este trabajo se realizó con un enfoque cualitativo que se preocupa por el entendimiento del fenómeno como proceso y por ende incluye a los profesionales como principales implementadores de la política pública, contrario a las evaluaciones que realiza el aparato estatal que se orientan en la obtención de indicadores estandarizados y análisis de costo, efectividad y de costo beneficio.

Lo anterior, según el artículo, evidenciaría que los gobiernos están más interesados en mostrar resultados en cifras que en verdaderamente resolver las carencias y dificultades de salud de la población, es decir cuantificar la problemática, pero no comprenderla. Este tipo de evaluaciones

cuantitativas desconoce el contexto socio cultural y las interrelaciones entre los actores de una política.

En consecuencia, el método utilizado se basó en una perspectiva cualitativa que se orientó con base en las teorías del desarrollo humano mediante una taxonomía de nueve necesidades axiológicas y los satisfactores de las mismas, la cual fue socializada durante talleres con grupos y comunidades quienes completaron tres matrices y las discutieron, convirtiéndose un espacio para la reflexión y el re-conocimiento. El análisis de las matrices resultó en tres grandes posiciones acerca del impacto de las políticas en salud.

Los resultados de la investigación fueron los siguientes: se determinó que la política no tiene sustento en una teoría social que explique el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas y las problemáticas sociales vinculadas; también se encontró que los profesionales, si bien, cuentan con leyes que los regulan, tienen precarias condiciones laborales, deficiente estabilidad laboral y seguridad social.

También hay falta de reconocimiento de los profesionales, quienes no participan de la política por la escasez de espacios de encuentro. No existe retroalimentación desde el sistema central y hay escasa posibilidad de sistematización, seguimiento y evaluación de los usuarios. La política entrega pseudo satisfactores porque hay profesionales e infraestructura, pero deficientes canales de comunicación, incertidumbre que impiden que los conocimientos permitan mejorar en el futuro. También un satisfactor destructor y uno sinérgico (que es el amor por el trabajo).

En los programas no se tienen en cuenta la calidad de las atenciones, sino cuantas. No es posible otorgar programas integrales si no se tienen en cuenta el contexto y la complejidad de las personas. Los programas son diseñados de manera estandarizada, cuantificaciones y

enfoque de arriba abajo, que se convierte en un inhibidor o satisfactor destructor al no permitir los satisfactores sinérgicos y aniquilar la satisfacción de necesidades.

Al final se concluye la necesidad de potenciar el desarrollo de proyectos con los propios usuarios dentro de las comunidades a partir de un diagnóstico realizado con los habitantes (Olivares-aising & Barrera, 2019).

TÍTULO: Seguimiento y evaluación de los planes estratégicos en el sector salud: estudio de caso, año 2018. **Autor:** Amaro Ángel Rivadeneira Santa María. **Año:** 2018. Universidad César Vallejo, Perú.

Resultados: Este estudio muestra por qué no se implementaron recomendaciones, ni se hizo seguimiento y evaluación de los planes estratégicos del sector salud. Las respuestas de los entrevistados fueron las siguientes: por una parte, las directivas o jefes no tienen interés de realizar seguimiento y evaluación, ni tampoco la evaluación es difundida en el resto de la organización.

Al igual que en otras investigaciones destaca la importancia de la participación de los beneficiarios en el diseño de los planes que conforman las políticas, además hace una acotación en que el plan debe ser integrador y tener pocos indicadores que sean fáciles y sencillos de comprender para toda la población. De esta manera se evitan que sean inmanejable y se facilita su medición y posterior evaluación.

También resaltó que los elementos de la política deben ser incluidos en los planes locales, es decir debe existir una articulación entre unos y otros a través de un modelo “Top – Down”, es decir de “Arriba Abajo”, o de lo “General a lo específico”. También se usan modelos “Bottom Up” para incorporar las necesidades territoriales en los planes mayores, es decir para lograr la

implementación de un plan superior se deben asegurar la implementación de los planes inferiores, según el nivel de gobierno que corresponda.

Este artículo permite evidenciar varias conclusiones: una de ellas es que, en políticas públicas, prima el trabajo diario sin mirar las metas planificadas y su articulación (objetivos, acciones, indicadores) y aunque la formulación del plan es de arriba hacia abajo, estos se ejecutan de abajo hacia arriba. Otra conclusión es la importancia de contar con personal técnico capacitado que ejecute el plan. Igualmente, si un plan está mal formulado, su implementación será igualmente mala.

Otros factores que dificultan la implementación de una política pública es que se planifica en función del presupuesto y no de los problemas que se busca resolver, hay alta rotación administrativa y falta de comunicación entre niveles jerárquicos, poca difusión de lo que se ha alcanzado o de lo que se quiere alcanzar, metas inalcanzables y corrupción.

Por otra parte, concluye que el usuario debe ser sensibilizado y capacitado, que los planes deben tener un enfoque territorial. Las recomendaciones deben ser coherentes, precisas, aplicables, realistas y con un espacio de discusión. Al final concluye que la evaluación permite conocer las mejoras que se deben realizar, transparencia en los procesos, claridad sobre lo que se quiere alcanzar, (Rivadeneira Santa María, 2020)

TÍTULO: Herramientas para una evaluación del impacto en salud de los programas de salud pública e intervenciones comunitarias con una perspectiva de equidad. **Autores:** Óscar Suárez Álvarez, Ana Fernández -Feito, Henar Vallina Crespo, Elena Aldasoro Unamunoc y Rafael Cofiño. **Año:** 2018. Observatorio de Salud en Asturias, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, Oviedo, España, Área de Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo, Oviedo, España, Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz (Álava), España, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

Resultados: En este estudio se describen herramientas adaptadas y sencillas para realizar una evaluación del impacto de los determinantes sociales en salud y la equidad en programas de salud e intervenciones comunitarias mediante la aplicación de una entrevista a la persona encargada del programa y una herramienta online que fue utilizada para evaluar las intervenciones comunitarias, instrumentos que podrían contribuir a la disminución de las desigualdades en salud y al mejoramiento de las intervenciones en salud pública.

En la investigación se considera que los determinantes sociales afectan la salud de las personas, desde esta perspectiva se desarrolló una herramienta de cribado para identificar políticas públicas relacionadas con salud que podrían beneficiarse de una evaluación para predecir consecuencias futuras en la salud de las personas y actuar en consecuencia.

El Observatorio de Salud de Asturias adaptó una herramienta de la Universidad de Wisconsin al contexto español y se aplicó a siete programas de salud en Asturias. La segunda herramienta se utilizó para evaluar la equidad en las intervenciones comunitarias y se probaron en barrios de Asturias.

La evaluación requirió un intercambio de información entre los evaluadores y los encargados del proyecto. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas, la evaluación abarcó las

dimensiones de población afectada, impacto sobre los determinantes sociales de salud (principales e intermedios), y las desigualdades en salud.

Los resultados que se esperaban de las herramientas son las siguientes: informe narrativo aspectos positivos y negativos de las intervenciones, coherencia con las líneas estratégicas, impacto en las desigualdades, incertidumbre respecto los grupos sociales, impactos negativos, áreas de mejora y propuestas de intervención. Se recomienda que haya también evaluadores externos para la implementación de la primera técnica.

Estas herramientas pueden ayudar a mejorar las intervenciones de estrategias y programas en salud pública (Suárez et al., 2018).

TÍTULO: Modelos de análisis en políticas de salud. **Autores:** Gino Montenegro Martínez, Adiley Carmona Montoya y Álvaro Franco-Giraldo. **Año:** 2020. Escuela de Graduados, Universidad CES, Medellín, Colombia, Facultad de Derecho, Universidad CES, Medellín, Colombia, Grupo de Investigación GISCO, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Medellín, Colombia

Resultados: Este estudio es una revisión de artículos de investigación que buscó sistematizar las indagaciones sobre el análisis de políticas públicas en salud. La investigación se relaciona debido a que no puede existir análisis sin evaluación, es decir la evaluación es el paso previo para la realización del análisis y gracias a lo cual se recopila y registra la información que será analizada.

El análisis por su parte, “busca dar respuesta a interrogantes relacionados con la elaboración de la política” y responder a cuestiones como “cómo fue que pasó” y “por qué pasó”.

Se encontró que el 58.5% de las políticas estudiadas estaban relacionadas con atención en salud, seguidas de las relacionadas con la formación del talento humano en salud 9.4%. Los artículos seleccionados recurrieron a métodos cualitativos para realizar el análisis de las políticas públicas y a su vez la evaluación de calidad fue realizada mediante una herramienta para el análisis de estudios cualitativos que los clasificó según su calidad en baja, media o alta

Después de una selección de más de 175.000 artículos se determinó que el 43,4 % de ellos era de baja calidad; el 39.6% de calidad media y 17,0% eran de calidad alta. En su mayoría estos análisis se realizaron en países de África y Asia en los que se abordaron temáticas como la atención en salud, la formación del talento humano y la seguridad social.

El modelo de análisis más reportado fue el triángulo de análisis de Walt y Gibson, el cual se preocupaba más por los actores involucrados en el ámbito nacional, internacional, y subnacional al mismo tiempo de que por el proceso de implementación y contexto. Otros análisis como el de Kingdon se desarrollan teniendo en cuenta los problemas, las soluciones y la agenda política.

Por otra parte, el estudio mostró que en 2010 aumentó el número de publicaciones sobre este tema en relación con la inclusión de políticas en salud y determinantes sociales en salud.

Finalmente se concluyó que el análisis, aunque es bien establecido en el mundo industrializado, es poco aplicado y las políticas en salud han sido escasamente analizadas (Walt y Gibson, 1994) y en algunas ocasiones organizaciones internacionales como la Organización de las Naciones Unidas y el Banco Mundial son las que promueven este tipo de estudio para comenzar procesos de reformas en Salud.

Sin embargo, si se recurre a modelos propuestos por los países centrales esto puede suponer un traslape de las metas políticas, identidad y compromiso del investigador, quien hace una formulación de preguntas más cercanas a las circunstancias y dinámicas locales. Se necesitan

estudios de políticas contextualizadas a lo local, situaciones y preocupaciones y especialmente Latinoamérica necesita enfoques propios (Martínez et al., 2020).

Título: Salud en todas las políticas de la comunidad valenciana: pasos hacia la evaluación de impacto en salud. **Autores:** Rosa Mas-Pons, Carmen Barona-Vilar, Guillem Ninyoles y Ana M. García. **Año:** 2018. Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Valencia, España, Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), Valencia, España, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

En esta investigación se describe el proceso de implementación de las herramientas de evaluación de las políticas públicas de impacto en salud. Las políticas en salud fueron seleccionadas por un comité técnico intersectorial en el que participaban conocedores de otros sectores diferentes a salud (20 del sector sanitario y 10 de sectores diferentes). Una vez se revisaron las políticas se clasificaron de acuerdo a su impacto en los determinantes sociales en salud, la población, los objetivos planteados y el nivel de ejecución. Posteriormente se realizó una lista de chequeo y se revisaron instrumentos similares como el utilizado por el gobierno Vasco.

La herramienta de recolección de información se dividió en tres secciones, una sobre las características de la política y la población afectada, la segunda sobre su impacto en los determinantes sociales en salud intermedios y estructurales, y una valoración sobre la necesidad de la evaluación de impacto completa o de otro tipo. El piloto se realizó en nueve políticas públicas y posteriormente se elaboró un informe con los resultados.

Los resultados mostraron en su mayoría los aspectos positivos de los determinantes estructurales en relación a la cultura, valores sociales, género, el origen, la etnia, la edad, el territorio y la diversidad funcional. En los determinantes intermedios las áreas con impactos positivos fueron el acceso a servicios o bienes públicos, el estrés psicosocial, el bienestar emocional, el apoyo, la cohesión social, la participación y la resiliencia individual y colectiva. De las nueve políticas evaluadas se consideró que sólo una requería una evaluación más profunda.

Es importante destacar que esta investigación se le dio relevancia a la participación intersectorial y social, así como a los determinantes sociales en salud mediante el desarrollo de un cuestionario y matriz de evaluación con preguntas sencillas mediante enfoque cualitativo y cuantitativo. También se encontró que, si bien hubo una gran participación intersectorial en la mayoría de las políticas públicas, hubo menos participación social en la implementación de las políticas.

Las respuestas del estudio podrían estar sesgadas dado que el comité evaluador estaba conformado por personas que implementan la política y no por sus directos beneficiarios, quienes no participaron (Mas-pons et al., 2018).

Título: Uso de evidencia en políticas y programas de salud, aportes del Instituto Nacional de Salud. **Autores:** Ericson L. Gutierrez, Marina Piazza, Alfonso Gutiérrez-Aguado, Gisely Hajar, Gloria Carmona, Patricia Caballero, Nora Reyes, Carlos Canelo, Juan Pablo Aparco, Romina A. Tejada, Rafael Bolaños-Díaz, Silvia Saravia, Ernesto Gozzer. **Año:** 2016. Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú. Ministerio de Economía y Finanzas. Lima, Perú.

Esta investigación hace una recopilación de diferentes ejemplos en los cuales se demostró que la evidencia científica ayudó a mejorar la formulación, implementación y evaluación de políticas y programas de salud de Perú mediante diferentes metodologías experimentales, cuantitativas y cualitativas que ayudaron a las entidades correspondientes a tomar mejores decisiones basadas en el costo y efectividad de tratamientos o intervenciones individuales o comunitarias.

El Instituto Nacional de Salud, INS de Perú creó la Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública, pionera en implementar “la cultura del conocimiento y el uso sistemático de la evidencia en el sistema público nacional de salud para mejorar la calidad de políticas públicas” (Gutierrez et al., 2016).

El Ministerio de Salud de Perú, MINSA utiliza esta evidencia en programas presupuestales para evaluar la efectividad de las alternativas para solucionar problemas de salud pública. Los estudios son seleccionados para de acuerdo a la causalidad y las variables de interés. Se evidencia mayor nivel de evidencia en el metaanálisis, los estudios experimentales, revisiones sistemáticas que los estudios observacionales. El MINSA también ha ajustado programas existentes a través de esta metodología.

Los bienes y servicios que se proporcionan a la población son seleccionados dependiendo de su efectividad comprobada a través del uso de la evidencia científica para resolver los problemas de salud.

Dentro de los ejemplos recopilados en el estudio se encuentra uno sobre la efectividad de una intervención comunitaria para mejorar la adherencia a la suplementación con micronutrientes en polvo. El estudio identificó barreras en distintos niveles como la capacidad limitada de distribución, falta de información y una percepción negativa del micronutriente en la comunidad, desconfianza y rechazo al sabor del producto.

También se desarrollaron evaluaciones económicas para determinar por ejemplo que vacunas eran más efectivas para tratar determinadas enfermedades en relación con su costo, estas se apoyaban también en estudios que determinaban posibles efectos secundarios de las vacunas u otro tipo de contraindicaciones.

Las evidencias también fueron utilizadas en los programas regionales. Tanto en intervenciones individuales como comunitarias. Otro ejemplo es el relacionado con la aplicación de una vacuna, a través de un estudio se demostró que la comunidad amazónica la rechazaba por sus creencias religiosas, limitadas condiciones económicas y escasa comunicación con el Estado peruano.

Título: La evaluación de programas e intervenciones sanitarias en el marco de los programas presupuestales de salud. **Autor:** Alfonso Gutiérrez Aguado. **Año:** 2017. Ministerio de Economía y Finanzas. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

El presupuesto por resultados cuenta con cuatro instrumentos que permiten su operatividad: Los programas presupuestales, el seguimiento de los mismos, las evaluaciones independientes (según el contexto) y los incentivos a la gestión, son aspectos fundamentales en procura de una mayor precisión y efectividad, antes, durante y después del proceso.

Asimismo, el diseño de un programa presupuestal se basa en evidencias, las cuales son esenciales para los investigadores, pues gracias a sus hallazgos es posible detectar causantes de problemas sanitarios. Además, permite identificar las intervenciones más efectivas reflejadas en resultados puntuales, por medio de pruebas científicas. También este tipo de instrumentos, contribuye al desarrollo de competencias en el recurso humano.

Este artículo reflexiona sobre la importancia de situar en contexto, sistematizar y publicar los resultados de las investigaciones. También recomienda el desarrollo de alertas periódicas y

recomendaciones precisas para la toma de decisiones, en procura de ayudar a los gobiernos en la toma de decisiones convenientes en materia de estrategias públicas, a fin de visibilizar las acciones realizadas y los proyectos a futuro.

A su vez, invita a incentivar la participación de los diferentes organismos públicos y privados que, junto a la sociedad civil, cooperen mancomunadamente en la planeación de las políticas de salud, mediante mesas de trabajo cuyo objetivo sea equilibrar los resultados obtenidos, desde un enfoque de derechos y disminución de las brechas sociales.

Destaca la participación de la Academia Nacional, en el diseño y evaluación de políticas de salud, mediante la generación de “esquemas de aprendizaje”, espacios donde los investigadores, generan nuevas estrategias públicas, con modelos de intervención, acompañados por valoraciones experimentales de impacto, (Gutierrez-Aguado, 2017)

Título: Las secuelas psicológicas y las necesidades en salud mental para las víctimas de la dictadura: una mirada crítica a los servicios de PRAIS. **Autora:** Kate Hills. **Año:** 2009. Hamilton College.

Resultados: el PRAIS “es un programa del Ministerio de Salud que responde al compromiso asumido por el Estado con las víctimas de las violaciones a los derechos humanos, ocurridas entre septiembre de 1973 y marzo de 1990” (*¿Que es el PRAIS? - Servicio Salud OHiggins*, n.d.).

De manera similar a la situación colombiana los principales problemas de las víctimas de la dictadura en Chile son el estrés postraumático, depresión, alcoholismo, ansiedad, insomnio y problemas familiares, entre otros. El daño nunca termina para los familiares de desaparecidos.

Requieren terapias de diferente tipo, no solo individuales, sino también familiares y apoyo grupal con otras víctimas.

En los resultados de las entrevistas se evidencia que para la población mencionada es importante contar con servicios psicológicos accesibles, con profesionales capacitados para trabajar con víctimas de violaciones de derechos humanos, porque tienen necesidades diferentes que la población en general. También deben ser promocionados suficientemente. Otro problema es que muchas de las víctimas no reconocen que pueden tener un problema de salud mental.

En el año en que se realizó este estudio, Chile carecía de suficiente personal profesional como psiquiatras, psicólogos, médicos, trabajadores sociales para atender a las víctimas, especialmente psiquiatras. Las víctimas se agruparon para luchar por sus derechos frente a lo que prometía el gobierno.

Además, se encontró que hay una brecha entre lo que dicen los documentos oficiales que hacen y lo que realmente se desarrolla en el programa PRAIS, el cual tiene dos vertientes, una en salud pública y otra que ofrece una atención especializada. En cuanto a las terapias las víctimas la opinión de las víctimas varían, algunos resaltan la falta de empatía, la frialdad y falta de tacto, mientras otros aplauden la actitud de los especialistas.

De manera generalizada se mencionó en el estudio la percepción de falta de capacitación de los profesionales para atender casos de tortura y violaciones a los derechos humanos. Las terapias no hacen parte de un proceso continuado y faltan otros servicios terapéuticos y piden servicios también para los hijos de las víctimas, quienes han crecido en ambientes traumáticos. Hacen falta más talleres productivos, de arte y grupos de autoayuda, así como más publicidad de los mismos.

Respecto a la salud pública se encontró que, aunque los inscritos en el PRAIS reciben atención gratis, es más demorada, menos especializada y algunos consideran que reciben los mismos servicios que los pobres. Además, los programas requieren de más seguimiento y adoptar las normas técnicas para mejorarlos (Hernández Sampieri et al., 2014) .

Referentes nacionales

Título: Financiamiento y calidad de los servicios de salud para la población víctima del conflicto armado en Colombia. **Autores:** Arabely López Pereira, Lorena Ramírez Cardona, Marta Cecilia Veloza Morales, Claudia Jiménez Forero. **Año:** 2017. Universidad del Cauca.

Resultados: En este artículo, las autoras afirman que el sistema de salud vigente no es equitativo ni se ajusta a las necesidades de la población víctima del conflicto armado en Colombia. Ellos son los más afectados en cuanto al acceso a servicios sanitarios de calidad, principalmente por cuestiones socioeconómicas y falta de inclusión, lo cual dificulta que sean considerados como grupos de atención especial por parte de las instituciones encargadas de velar por su seguridad social integral.

Las investigaciones basadas en las políticas públicas, la implementación y valoración de las mismas, difiere respecto de la información brindada por los medios masivos de comunicación. El desplazamiento forzado es un fenómeno que perjudica la calidad de la salud, creando condiciones de desigualdad al momento de acceder a los servicios médicos y clínicos.

Otra de las limitantes del acceso a estos servicios es la falta de financiación, el desconocimiento por parte de las comunidades sobre la normatividad vigente, la cobertura insuficiente, los escasos canales de atención, y la poca o nula voluntad de los estamentos gubernamentales locales, regionales y nacionales, en pro de garantizar ese derecho fundamental.

La calidad de dichos servicios se determina por factores como: Infraestructura, recursos técnicos y humanos altamente calificados, soporte económico, gestión y organización del sistema de prestación de servicios. El estudio menciona que es necesario tener en cuenta la

percepción de la persona, su propia experiencia acerca de la calidad en los servicios, del suministro de insumos y la rapidez en la prestación de los mismos.

De igual manera, se evidencian vacíos en la atención integral por los excesivos y desgastantes trámites, debido a la rigurosidad del sistema. Además, es notoria la falta de enfoque diferencial, respecto de otros grupos significativos de la población, lo cual impide identificarlos y así satisfacer sus necesidades básicas específicas.

Aunque se tienen listados de identificación en diversas regiones del país, con ciertos beneficios, no se han consolidado programas permanentes de asistencia y acompañamiento que incluya apoyo sicoterapéutico y espiritual. Los vacíos en esta materia, son todavía notorios, especialmente, en las regiones donde el conflicto armado tuvo influencia y aún hoy, hace presencia.

En conclusión, para las autoras es evidente que no se están atendiendo las necesidades más sentidas de las víctimas. Es una realidad que se sienten ignoradas, discriminadas por la sociedad, aisladas de los planes de atención y protección de sus derechos. Sólo mediante la acción de tutela, mecanismo legal contemplado en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia, estas personas aspiran a obtener servicios de salud, dignos y oportunos.

Igualmente, llaman la atención sobre el enorme contraste entre los requerimientos de las víctimas y las respuestas del estado colombiano. A la ineficiencia de los organismos de control y seguimiento, por parte de los entes destinados para ello, se suma la altísima corrupción al interior de dichas instituciones políticas, gubernamentales y sociales, con el consecuente debilitamiento y desprestigio de las ya frágiles estructuras del sistema de salud en Colombia, (Pereira et al., 2017).

Título: Trastornos mentales y consumo de drogas en la población víctima del conflicto armado en tres ciudades de Colombia. **Autores:** Guillermo Castaño, Gloria Sierra, Daniela Sánchez, Yolanda Torres, Carolina Salas, Carolina Buitrago. **Año:** 2018. Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad CES, Medellín, Colombia, Grupo de Investigación en Psicología, Salud y Sociedad, Universidad CES, Medellín, Colombia

Resultados: Los riesgos de padecer problemas de salud mental, tanto a nivel individual como colectivo, se incrementan a raíz de los conflictos armados. Los actos de violencia y terrorismo, no solo generan muertos, heridos y discapacidades físicas permanentes, sino también producen traumas síquicos, emocionales y mentales, que trascienden al individuo en sí mismo, afectando de igual manera, a la familia y el entorno, con graves consecuencias en el futuro.

El estudio fue realizado en tres ciudades de Colombia, seleccionadas tomando como referencia cifras de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES), entidad que registró a Bogotá, Buenaventura y Medellín, como las ciudades que recibieron mayor cantidad de víctimas en el país durante el año 2013.

Participaron 1.026 personas entre hombres y mujeres con edades comprendidas entre los trece y sesenta y cinco años de edad, a quienes se les aplicó un test de la Organización Mundial de la Salud. También se modificó un cuestionario utilizado por la Organización de los Estados Americanos (O.E.A) con el fin registrar datos sobre el consumo de drogas y aspectos relacionados con el desplazamiento forzado.

En dicho estudio se demuestra la alta prevalencia de trastornos mentales y consumo de drogas en la población objetivo, compuesta por personas víctimas del conflicto armado, en comparación con la población general. Estos resultados, manifiestan una realidad que constituye un problema de salud pública, el cual justifica la elaboración de políticas acordes a

estas necesidades, el diseño de planes de acción y requiere la implementación efectiva de programas orientados a la recuperación de la calidad de vida de estas comunidades.

Entre los trastornos más comunes se encontraron: La fobia específica, la depresión mayor, el estrés postraumático, el trastorno oposicionista desafiante, la ansiedad ante la separación, los trastornos de conducta y el déficit de atención.

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas se observó de la siguiente manera:

Más del cincuenta por ciento, consume alcohol, tabaco, marihuana y cocaína. Los trastornos mentales y el desplazamiento forzado, se asociaron mayoritariamente al sexo femenino. El consumo de drogas afecta principalmente al género masculino.

En cuarenta países se han observado prevalencias similares en personas expuestas a conflictos armados, ya sea directa o indirectamente. Los trastornos como el estrés postraumático y el trastorno depresivo mayor, se asocian principalmente con los actos violentos que afectaron a estas personas.

De acuerdo al estudio y análisis de los autores, la información referente al tema es muy escasa. Se destaca el programa PAPSIVI, pero se evidencian vacíos de fondo en cuanto a la identificación y consolidación de programas asistenciales dirigidos a víctimas del conflicto armado.

Es importante minimizar imprecisiones en el reconocimiento de dichas personas, depurando y estableciendo verdaderos censos de población desplazada, con el fin de focalizarlos en este y otros programas de asistencia y rehabilitación.

Desde su perspectiva, es fundamental hacer claridad y unificar criterios respecto de la composición de los equipos multidisciplinarios que atienden a las víctimas. La organización del trabajo se debe coordinar con las instituciones y el personal responsable en las estructuras de salud del primer nivel de atención, teniendo en cuenta que debido a la topografía del país, se

dificulta la movilidad hacia ciudades capitales que cuentan con centros de atención en salud de segundo y tercer nivel de complejidad.

Los altos índices de trastornos mentales y consumo de drogas en la población objeto de este estudio, invitan a enfocar la atención con infraestructura y recursos, que coadyuven en el bienestar integral de este grupo, cuyos antecedentes implican mayor esfuerzo y compromiso por parte de los entes públicos y privados, tomando como base lo contemplado en el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021), que en su contenido define a la salud mental y la convivencia, como una dimensión prioritaria para el ser humano, (Castaño et al., 2018).

Título: Análisis de la implementación de la política pública de víctimas en el municipio de San Vicente Del Caguan - Caquetá, alcances y limitaciones. **Autora:** María Eugenia López Camacho. **Año:** 2018

Resultados: el estudio se realizó mediante una encuesta realizada a 24 hombres y 66 mujeres víctimas del conflicto armado inscritos en el Registro Único de Víctimas. El 46 % de las víctimas eran desplazadas y el 18 % fueron amenazadas. El 100% afirmó que recibió ayuda en su condición en algún momento, el 53 % ayuda humanitaria. Sólo el 23 % recibió ayuda económica y también solo el 23 % tuvo acompañamiento psicosocial.

El 37 % sobrevivían con menos de un salario mínimo y un 19 % recibe un salario mínimo legal vigente, es decir el 81 % viven con uno o menos de un salario mínimo a pesar de que el 58 % fueron beneficiarios de proyectos productivos, lo que demostraría que no tuvieron el impacto esperado. El 97 % de las víctimas afirmaron requerir vinculación a un proyecto productivo.

Por otra parte, el 78 % manifiestan no conocer sus derechos; el 90 % dice conocer la oferta institucional de la alcaldía para la población víctima y el 82 % dicen haber sido vinculados a programas de la administración municipal.

Estos hallazgos mostraron que la población víctima del municipio se encuentra en un estado de vulnerabilidad debido a su difícil condición económica. Aunque la administración municipal ha cumplido los programas no han tenido la eficacia esperada y además no cuentan con atención psicosocial, ni han podido aprovechar las leyes creadas en su beneficio por el desconocimiento de las mismas (López Camacho, 2018).

Título: Análisis de la política pública de víctimas del conflicto armado y proponer la implementación de indicadores como herramienta de cumplimiento en el municipio de Facatativá. **Autora:** Karen Lorena Cañón Sánchez. **Año:** 2019. Facultad de ciencias administrativas, económicas y contables de la Universidad de Cundinamarca.

Resultados: se encontró en las políticas que el gobierno se comprometió a priorizar a las víctimas, brindar los servicios con requerimientos y enfoque diferencial, identificar necesidades precisas, articular con otros niveles de gobierno para garantizar una atención integral, establecer paquetes integrales de atención y la gestión ante entidades nacionales, realizar procedimientos de manera oportuna y participativa.

El estudio también determinó el avance la política pública por medio del análisis al Comité Territorial de Justicia Transicional (CTJT) y se encontró que falta de información actualizada, falta de compromiso de las secretarías y entidades externas, falta de guía o modelo para que se presenten los informes siempre de la misma forma, de organización y desarrollo del comité dado que se presentan informes sin sentido con información que no es real. No hay datos actualizados de la población víctima, ni canales de comunicación entre el enlace y las víctimas.

Tampoco hay presupuesto por que según la administración municipal depende de la gobernación de Cundinamarca. Al momento de la investigación se empezaron a implementar indicadores de las actividades realizadas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que para este estudio se utilizó solo la información entregada por la administración municipal, la cual se obtuvo mediante lista de chequeo y una matriz DOFA.

Título: 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). **Autor:** Alejandro Cepeda Pérez. **Año:** 2018. Universidad de La Salle.

Los resultados de este estudio reflejan una variedad de realidades en las zonas del país que conformaron el mismo. En regiones como la Costa Pacífica y el Centro del país, se infiere por parte de las comunidades beneficiarias, que el programa tiene buena aceptación y bajos índices de deserción, comparativamente con poblaciones del Caribe y la Amazonía.

Además, se deduce que el género y la edad son factores incidentes en la aceptación e interés de estos grupos poblacionales en el proceso, sobre su utilidad y la conveniencia de permanecer en el programa, principalmente en las regiones del Pacífico y Central.

En el mismo sentido, se observa que la edad, la etnia a la cual se pertenece y la orientación sexual, influyen favorablemente en el proceso de recuperación psicosocial de las víctimas, y es alta, su percepción de recuperación efectiva.

Esta tendencia indica que el diseño metodológico y el modelo operativo del PAPSIVI, se ajusta a las necesidades de los distintos grupos etarios y sus perspectivas diferenciales, alcanzando óptimos niveles de eficacia y pertinencia, en concordancia con sus dos principales componentes: la asistencia psíquica y la atención en salud.

Esto indica que, en su concepción, estructura, métodos y prácticas, el programa trata de responder a las comunidades en función de sus requerimientos esenciales en salud, tanto físicas como emocionales, lo cual contribuye a mitigar los traumas mentales y a reparar los daños morales causados por el conflicto armado (Cepeda Pérez, 2018).

Título: Una perspectiva crítica de las políticas públicas en salud: El caso del resguardo indígena Ticoya en la Amazonía Colombiana. **Autor:** Isabel Cristina Preciado Ochoa. **Año:** 2019. Universidad Pontificia Bolivariana, sede Medellín-Colombia.

La información reunida es importante pues evidencia que, en el contexto analizado, las campañas de salud e higiene no estuvieron guiadas por fines altruistas, ni respeto a la población nativa, pues estuvieron influenciadas por intereses económicos, principalmente.

En consecuencia, la seguridad social que brinda el Estado, bajo este modelo, sumado al olvido por parte de los organismos responsables, y los cada vez más disímiles conocimientos sobre enfermedades y tratamiento por parte de los colectivos indígenas, hace compleja la tarea de abordar este derecho fundamental en dichos entornos.

Vieco (2010) subraya al respecto, que la mayoría de programas, planes y proyectos son formulados sin contar con la intervención de las autoridades y comunidades indígenas. Y si en dados casos, son informados sobre dichas iniciativas o “participan” en su construcción, muchas de sus verdaderas demandas no son atendidas ni satisfechas. Por tanto, no se plantea un análisis contextual de la situación de salubridad que enfrenta un territorio aborigen con sus propias particularidades.

Dentro del estudio, se encuentra que el Plan de Desarrollo Municipal de Puerto Nariño (PDM), “Juntos Trabajando, Ahora o Nunca, 2012-2015” no contiene propuestas alusivas a la idea del buen vivir. Sin embargo, menciona estrategias en salud que vinculan el resguardo indígena Ticoya, con el sector privado y la administración para la creación de la SISPI con participación activa de la medicina tradicional.

Y, al revisar el posterior Plan de Desarrollo de Puerto Nariño, para el período 2016-2019, ¡Por la oportunidad de la gente!, lo identificado es más problemático, pues aunque reseña un diagnóstico compartido con el resguardo Ticoya, los planes y propuestas no evidencian ningún enfoque diferencial, ni una política multicultural en salud que coincida con la propuesta del Plan de Desarrollo Departamental 2018-2019 y el Plan de Vida del resguardo.

Este aspecto tan sustancial se debe mejorar, debido a la dificultad para entablar un diálogo de saberes y construir planes de salud con enfoque intercultural. Es imprescindible contar con la participación de la población, a fin de generar propuestas con acciones prácticas y efectivas, enfocándose en sus condiciones y estilos de vida particulares.

Asimismo, es preciso reivindicar sus ancestrales conocimientos en salud, teniendo en cuenta su cultura alimentaria, las labranzas propias, las diferencias de talla y peso o los índices de desnutrición presentados, pues al ser comparados con estándares diferenciados de sus características fenotípicas y fisiológicas, se altera la naturaleza de dichos planes que buscan reivindicar los derechos fundamentales de estos pueblos.

Al identificar los planteamientos orientados a la salud que enmarcan los planes de desarrollo, el plan territorial de sanidad y el significado de la vida en un contexto determinado, es necesario seguir con la identificación, la relación coordinación/coherencia/incoherencia, a través de los

encuentros y desencuentros, así como el paralelo entre la perspectiva institucional del estado y la del resguardo Ticoya.

Por tal razón, este diálogo de saberes, fundamentalmente requiere comprender que los derechos reconocidos por los Estados pueden cohabitar con grupos de significación ancestral, garantizando su sostenibilidad en el tiempo.

Prácticas como la autogestión, el estudio de las diferentes terapias medicinales, los itinerarios terapéuticos y las redes de apoyo entre comunidades, se deben considerar como prácticas alternativas válidas y de alto valor cultural e inmaterial, (Preciado Ochoa, 2019).

Título: Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI, fase I. **Autor:** Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). **Año:** 2020

Resultados: Este documento recoge los resultados de la evaluación del Ministerio de Salud y Protección Social sobre el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral para las Víctimas en su primera fase del año 2013 al 2018.

En el mismo se encontró que “el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por parte de las víctimas del conflicto ha aumentado”. Esto indicaría que al menos las víctimas pudieron gozar de los servicios básicos en salud y se redujo un poco la brecha entre quienes tienen acceso al sistema y aquellos que no.

Aunque estos indicadores son positivos, también se halló que, de los asegurados, quienes “accedieron al proceso de atención psicosocial es levemente mayor de quienes no accedieron”, es decir aún falta mucho por hacer en temas de equidad.

En la misma línea, “la cobertura de la atención psicosocial es muy baja aún y no alcanza el 22% de la población objetivo”, un resultado lamentable si tenemos en cuenta que es una de las necesidades más sentidas por las víctimas del conflicto.

“El componente de atención psicosocial se duplica con otros programas del gobierno nacional”. Esto quiere decir que otros programas podrían estar supliendo la ausencia de PAPSIVI en algunos territorios donde no existe.

En el estudio también se encontraron algunas fallas en la implementación de programa, como “la alta rotación de personal y la falta de procesos de capacitación continuada” lo cual interrumpió el seguimiento de PAPSIVI y a la postre también afectó su cobertura.

Sin embargo, no todos los resultados fueron negativos, pues se mostró que las víctimas que recibieron atención psicosocial, usan con mayor frecuencia otros servicios de salud que otras que no la han recibido, además de demandar menos atenciones en salud mental y mostrar una percepción de recuperación en la primera sesión de proceso psicosocial.

Finalmente, en la investigación se recomienda indagar más acerca del proceso psicosocial que contribuyan a mejorar la atención en este sentido para evitar así posibles sesgos, desaciertos o defectos que lo debiliten (Ministerio de Salud Colombia, 2020).

Título: Experiencias departamentales en la construcción, divulgación y uso del análisis de situación de salud, Colombia 2016. **Autores:** Fabio A. Escobar Díaz, Paula T. Castillo Santana, Nohora Rodríguez Salazar, Cindy J. Quintero Cabezas y Carlos A. Castañeda Orjuela **Año:** 2017. Revista de Salud Pública.

“El ASIS nos da una visión más global de que la salud no es solamente enfermedad (...) o sea que la causa de la enfermedad no está dada solamente por las condiciones individuales de cada ser, sino por el entorno que lo rodea, las condiciones de hacinamiento, de pobreza, miseria, los niveles de educación, aspecto que nosotros no utilizamos al hacer un perfil epidemiológico” (ET–Región Caribe).

La finalidad de este estudio es generar una aproximación a las experiencias de varias entidades territoriales colombianas en la construcción, divulgación y uso del ASIS, Análisis de Situación de Salud, cuyo fin es obtener un mayor conocimiento y argumentación en la toma de decisiones relacionadas con las políticas públicas en esta materia dirigida a los distintos entes territoriales.

Al poco interés por parte de la academia en la profundización e interpretación de esta herramienta, se suma la mínima participación intersectorial y social, limitándose únicamente al envío de información hacia los entes oficiales. Por ello, se plantea la necesidad de incluirlos, para agilizar el proceso de análisis en los escenarios de fomento y elaboración del ASIS.

Por otra parte, algunas de las entidades territoriales, manifiestan la falta de articulación en la construcción del ASIS entre los municipios y el gobierno departamental, debido a que sus capacidades aún son débiles y no cuentan con la infraestructura adecuada para este tipo de programas.

En perspectiva, se presentan desafíos a nivel económico, institucional y político en pro de consolidarlo como estrategia eficaz para comprender la dinámica de las enfermedades en un territorio y las brechas en salud, su magnitud y complejidad ante las posibilidades técnicas dispares y el talento humano insuficiente, que dificultan la consolidación de proyectos de esta naturaleza.

Es evidente que, hasta el momento, no se reflejan sus conceptos en la adaptación de herramientas técnicas y prácticas en el propósito de implementar políticas, planes o programas que impacten positivamente la condición de salud de los ciudadanos.

Esta metodología de reciente implementación en Colombia, busca fortalecerse como uno de los instrumentos oficiales que genere estrategias orientadas a las políticas y la toma de decisiones en materia de salud a nivel nacional, regional y local (Escobar Diaz et al., 2017).

Título: Aproximaciones reflexivo-analíticas al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) a la luz del enfoque de Acción sin Daño. **Autora:** María Angélica Gutiérrez Rojas. **Año:** 2019. Universidad Nacional de Colombia.

En este documento, se evalúa el PAPSIVI, en función de su coherencia, pertinencia, eficiencia y eficacia, a partir de testimonios de las víctimas, los funcionarios estatales, miembros de la academia, profesionales encargados de implementar el programa y las organizaciones no gubernamentales que participan en el mismo.

Dentro de su percepción y análisis, se proponen una serie de recomendaciones que apuestan por políticas sociales y jurídicas, orientadas a la reparación, la dignificación, autonomía y libertad del ser humano desde el punto de vista de la salud integral.

La no estigmatización de este grupo de personas, es una condición esencial en el proceso de reconstrucción social, búsqueda de la paz y la reconciliación. La atención en salud debe ir más allá del prejuicio que existe en torno a esta población, y del desconocimiento de los contextos socioculturales que los rodearon a ellos y sus familias, así como las condiciones sanitarias en las que vivieron durante el conflicto.

De acuerdo con la autora, es importante reconocer los daños morales ocasionados en las personas y sus comunidades, e ir más allá de la mera reparación material o la limitada asistencia en salud. Porque una herida emocional no tratada adecuadamente y a tiempo, perdura con los años paralizando a quienes las padecen por temor a repetir su experiencia, impidiéndoles entender la naturaleza de su realidad, de su dolor, para procesarlo y resurgir a la vida, con nuevos enfoques en lo particular y lo social.

A esto se añade, la falta de personal idóneo para ejecutar dichas labores, pues debido a la burocracia y el tráfico de influencias que impera en los organismos del estado, lo usual es delegar la contratación a criterio de los operadores. Y las personas que ocupan dichos cargos, carecen de las competencias adecuadas para tal fin y se evidencia falta de empatía, valor imprescindible en el tratamiento de estas problemáticas tan sensibles.

Asimismo, no se distinguen las aptitudes de las personas ni su potencial humano ante la adversidad. Tampoco se advierte un diagnóstico acertado sobre las formas de abordar sus traumas y conflictos. No es sólo decir, “hay que sanar el pasado”, es proveer caminos y alternativas, de acuerdo a las habilidades propias, a fin de descubrir válidas perspectivas hacia una nueva vida.

En virtud de esto, se debe observar y analizar cada caso, cada experiencia vivida, para determinar cómo abordar a la persona, en cuanto a formas, tiempos y opciones de atención. Se precisa dejar de lado la esquematización rigurosa en el programa y flexibilizarlo, teniendo en cuenta la condición de quienes en él participan.

La percepción de las víctimas sobre el PAPSIVI, es que éste no hace presencia permanente en sus territorios; además, el acceso a información relacionada con el mismo, se dificulta ya sea

por factores económicos, de movilidad de los funcionarios encargados o debido a las condiciones climáticas y topográficas.

En algunos casos, se evidenció, que ante este vacío, en algunas regiones, las víctimas crearon su propio plan de atención en salud, adecuándolo a sus contextos, particularidades y expectativas. Pues para muchos de ellos, esta estrategia es más efectiva que los planteamientos meramente teóricos que el PAPSIVI esboza. En su opinión, es algo “mandado a recoger”.

Es muy importante generar redes de acompañamiento y atención integral, integrando las comunidades y percibiendo al ser humano en todas sus áreas, como componente eficaz en procura de llevar a la práctica, los postulados teóricos y científicos que conforman dicho proyecto.

Y aunque el programa afronta muchas limitaciones originadas en estas cuestiones de índole administrativa, operativa y técnica, se debe impulsar su crecimiento, el fortalecimiento y participación de las comunidades en los territorios donde el conflicto armado tuvo su mayor influencia (Gutierrez Rojas, 2019).

Título: Acceso a servicios de salud por parte de desplazados víctimas del conflicto armado en Colombia. **Autores:** Lorena Ramírez Cardona, Martha Cecilia Veloza Morales, Arabely López Pereira. **Año:** 2016. Revista Nuevo Derecho.Vol.12, No.19

Los resultados revelados en esta investigación se basan en el abordaje de las categorías: Desplazamiento forzado, calidad en los servicios de salud y barreras de acceso a los mismos.

De acuerdo a los postulados expuestos por la Cruz Roja y la ONU, es importante identificar las necesidades, derechos y garantías pertinentes para la protección de la población víctima de conflictos armados, durante el desplazamiento, retorno y su reintegración social. Estos principios orientan la normatividad internacional en materia de derechos humanos, para que éstos sean divulgados y sobre todo, llevados a la práctica.

Para acceder a dichos servicios, los desplazados por el conflicto interno en Colombia, deben certificar su condición como tal. Este procedimiento dificulta el rápido acceso, no solo por los trámites que ello exige, sino por el consecuente temor a la estigmatización y las represalias a las que pueden verse expuestos al denunciar sus casos ante las autoridades. A esto se suma, que muchos de ellos, no poseen documentos que verifiquen su identidad.

Por otra parte, sus precarias condiciones económicas, la insuficiente inversión destinada a suplir sus requerimientos en salud, educación y vivienda digna, la escasa información sobre sus derechos, la condena social en sus nuevos entornos y la consecuente incertidumbre ante el futuro, se convierten en obstáculos determinantes en ese propósito de alcanzar unas condiciones de vida favorables en su proceso de rehabilitación.

Considerando lo anterior, se deduce que la calidad concerniente a la asistencia esencial en salud, entre otros, va más allá de los componentes netamente técnicos. Aspectos esenciales como el trato al paciente por parte del personal, funcionarios administrativos y demás, se deben tener en cuenta como normas permanentes en la prestación con calidad de dichos servicios.

En conclusión, el análisis de las autoras, apunta a que las víctimas del conflicto armado en Colombia, no reciben un trato diferenciado, a pesar que, en el Plan Decenal de Salud, contemplado en la Ley 1448 de 2011, se establecen los lineamientos relacionados con la asistencia sanitaria y los planes de atención integral enfocados hacia esta población (Cardona et al., 2016).

Es responsabilidad del Estado, asumir esta realidad, que día a día va en aumento, procurando los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para los pacientes, ya que “*es imposible solicitarle a un desplazado que se integre a la sociedad, cuando no cuenta con las condiciones idóneas para ello, y cuando su estabilidad emocional se encuentra tan comprometida*” (Pérez y Navarrete, 2006).

Título: Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia.

Autores: Manuel Alejandro Moreno Camacho, María Elena Díaz Rico.. **Año:** 2015. Revista El Ágora USB. V. 15. No 2

El análisis se hizo a partir de cuatro categorías:

- 1.-Iniciativas estatales para la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado.
- 2.-Reflexiones investigativas sobre procesos de atención a víctimas.
- 3.-Recomendaciones para las instituciones y profesionales que adelantan procesos de atención y reparación integral a víctimas.
- 4.-La reivindicación del sujeto en los procesos de atención.

Los resultados de este trabajo describen el panorama sobre las posturas asumidas en los escenarios, enfocados principalmente en la atención psicosocial de las víctimas del conflicto armado en Colombia.

De acuerdo a la normatividad vigente para esta población, dicha asistencia que abarca instituciones del Estado y organizaciones civiles, debe enfocarse en función del aspecto emocional, con el fin de “*dar información, orientación y acompañamiento jurídico y psicosocial a la víctima, con miras a facilitar el acceso y cualificar el ejercicio de los derechos a la verdad, justicia y reparación*”. (Colombia, 2012, p.36).

Sin embargo, los resultados del análisis indican que dicha intervención, ha centrado su atención en los efectos y daños colaterales producidos por el conflicto armado, desconociendo las causas puntuales, de forma y de fondo, cuyas estructuras, aún no han sido observadas en

su real dimensión como factores generadores de este fenómeno. Se precisa investigar los orígenes de la guerra interna en Colombia para entender sus efectos de salud física y emocional.

Estos vacíos se reflejan notoriamente al momento de establecer políticas públicas en salud, empleo y educación, pues al desconocer las múltiples fuentes impulsoras de los grupos alzados en armas, sin distingo de ideología, se dificulta que la asistencia llegue pronta y eficazmente a lugares donde la violencia se convirtió en el único parámetro para controlar los territorios, la vida humana, e impartir su “justicia” en situaciones cotidianas y de impacto colectivo.

También se debe mejorar en cuanto a la asesoría y capacitación de quienes están a cargo de atender a las víctimas. Los profesionales de todas las áreas requieren un acompañamiento psicológico constante, a fin de coadyuvar en la tarea de absorber la carga emocional y la presión externa debido a la infinidad de intereses que muchas veces se presentan en los territorios donde trabajan diariamente.

Asimismo, es necesario avanzar en cuanto a la duración en el tiempo de estos programas de apoyo psicosocial, tanto en su financiamiento como en su progresión, pues se evidenció que por cuestiones de vigencias gubernamentales o traslado de los beneficiarios, por diferentes motivos, se interrumpe el proceso, se pierden los avances y no se consolida como estrategia estatal, más allá de los gobiernos de turno. Además se propone que sea transversal en todas las etapas del proceso.

Asimismo, es necesario equilibrar el papel del Estado como único proveedor de soluciones, e incluir a las comunidades en la planeación y ejecución de proyectos de autogestión y desarrollo, con el propósito de contribuir a su integración y, así, evitar la cultura de la inacción frente a las propias responsabilidades y desafíos.

Los autores insisten en reconocer a la persona como sujeto de derechos. Es fundamental conocer el contexto para diversificar la perspectiva de estas iniciativas sin reducirlas a mínimos objetivos. Al contemplar las diferentes variables que distinguen las problemáticas sociales, se profundiza en sus raíces y, de esta manera, es posible consolidar un enfoque diferencial sin limitarlo a un único modelo aplicable en las regiones del país donde hace presencia, reconociendo las particularidades culturales existentes en cada población (Moreno Camacho & Díaz Rico, 2016).

MARCO TEÓRICO

Desarrollo Humano y salud

La presente investigación se sustenta en la teoría económica del desarrollo Humano abordada por Amartya Sen, en la teoría política de las capacidades desarrollada por Martha Nussbaum y el desarrollo a escala humana de Manfred Max Neef. Además, el estudio en este primer capítulo se centrará en la salud como libertad, capacidad y necesidad fundamental de los seres humanos, así como medio y fin del desarrollo.

Las teorías sobre el desarrollo humano son relativamente nuevas. Antes de 1990, el desarrollo era sinónimo de crecimiento económico y los países dirigían sus esfuerzos a incrementar su riqueza, la cual se medía a través de indicadores como el Producto Interno Bruto. Sin embargo, estas cifras no ofrecían información acerca de la manera en que la riqueza era distribuida, así pues, un país podría tener un gran producto interno bruto, pero con una gran concentración de riqueza en unos pocos estratos de la sociedad (Sen, 2000).

Fue el economista y premio nobel, Amartya Sen, quien creó el Índice de Desarrollo Humano (IDH), el cual instaló al hombre como centro del desarrollo. Sen retoma la cita de Aristóteles, que se resume en que “la riqueza no es un fin en sí mismo sino un instrumento para conseguir algún otro fin (Sen, 2000). En el contexto de un país, la riqueza no es fin en sí mismo, sino un medio para conseguir otros objetivos.

Para el autor estos objetivos se resumen en “crear un ambiente propicio para que los seres humanos disfruten de una vida prolongada, saludable y creativa. De igual manera para que puedan adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de

vida decente (Edo, 2002). Es decir, la riqueza debería satisfacer las necesidades más básicas de las personas para que ellas puedan gozar de sus libertades o capacidades, siendo la salud y la educación las libertades fundamentales.

Las libertades se pueden entender como “las oportunidades que tiene el ser humano de poder decidir y actuar” (Sen, 2000). Por ejemplo, un niño de escasos recursos sin dinero para los uniformes o matrícula, sin una buena nutrición y además sin un medio de transporte que lo lleve a la escuela no tiene las condiciones suficientes para que pueda gozar de su libertad de educarse.

De acuerdo a lo anterior podría decirse que entre más libertades tengan los individuos de un país, más desarrollado es, porque el desarrollo no debe depender tan sólo de un crecimiento económico, sino en una mejoría de la calidad de vida de los habitantes entendiendo por esto, un nivel de baja mortalidad, calidad de vida y educación. En otras palabras, se puede decir, no importa que tan rica sea una persona sino posee las condiciones para ser libre. Incluso algunos países ricos no necesariamente son los más sanos y educados como se ha demostrado en los diferentes informes sobre desarrollo humano desde 1990.

Por otra parte, si bien el hombre es el centro del desarrollo, los gobiernos no deben dejar de lado la importancia del crecimiento económico que está en relación directa con libertades como la educación y la salud, es decir a mayor crecimiento económico, mayor inversión en estas libertades y a mayor inversión a estas libertades mayor crecimiento económico como si se tratase de un ciclo.

Actualmente, la destinación de recursos para la salud y la educación se han convertido en una nueva inversión para los Estados. En el caso de la salud “numerosos análisis indican que la buena salud ejerce un impacto definido en la situación económica de la población y en la

productividad económica, ya sea por vía del aumento de la producción o la disminución de las incapacidades”. (Agudelo C, 1999).

Es por esta razón que el IDH es un referente utilizado por los gobiernos para elaborar políticas públicas que se articulan con los objetivos de desarrollo sostenible de la Organización de las Naciones Unidas con el fin de que más personas puedan acceder a mayores y mejores libertades y de esta manera reducir las brechas económicas que originan los diversos problemas sociales.

En este mismo sentido, la filósofa norteamericana Martha Nussbaum va más allá y trabaja en la creación de una teoría política basada en el principio de justicia social y en los conceptos de liberalismo político, dignidad y capacidades humanas que busca convertirse en un instrumento para el diseño de políticas públicas y mejoras en las constituciones, pues Nussbaum, (2012) “el crecimiento económico tampoco sirve por sí solo para propiciar mejoras en salud y educación sino media una acción estatal directa” (p. 204).

En este sentido, la autora también propone objetivos globales para la comunidad de naciones al contrario de Sen quien se interesa más por evaluar el desarrollo a través de indicadores (Bedoya, 2010). Asimismo, directa o indirectamente, las teorías sobre desarrollo influyen en las decisiones que toman los administradores públicos, ya sea por consejo o dictamen de las organizaciones internacionales como el Fondo Monetario Mundial o la Organización de las Naciones Unidas.

Nussbaum, además, retoma y amplía el concepto de capacidades de Sen y clasifica las capacidades de acuerdo a su naturaleza, considerando que la capacidad es un pasaporte a la libertad para que las personas puedan gozar de una vida dignamente humana.

Estas capacidades se dividen entre aquellas que son natas y las que son aprendidas y depende de oportunidades o de la interacción con el medio. A las capacidades con las que se

nace tales como ver oír, movilizarse, entre otras, son denominadas como capacidades básicas; las capacidades que se desarrollan para hacer una actividad específica y a las aptitudes como por ejemplo coser, cocinar o jugar fútbol se les llama capacidades internas, mientras que las capacidades que dependen del entorno y que se fortalecen con las capacidades internas son las capacidades combinadas que también se definen como “las oportunidades de que dispone una persona para elegir y actuar en su situación política, social y económica concreta” (Nussbaum, 2012).

La clasificación de las capacidades humanas es una herramienta para que los gobiernos se enfoquen en crear aquellas capacidades combinadas que le permitan a una persona crear otras capacidades y acceder a mejores niveles de vida. También para que construyan políticas públicas y crear las que son necesarias, según el contexto, teniendo en cuenta que las capacidades dignifican la vida de las personas, especialmente las consideradas como *centrales* por Nussbaum (Nussbaum, 2012).

Lo anterior quiere decir que más allá de políticas basadas en la asistencia social se deben construir políticas que se centren en la capacidad de acción del individuo y no lo infantilicen, de manera de que este pueda ser libre para elegir. Una manera de infantilizar a una persona es imponerle lo que debe hacer y decidir, por el contrario, una política cimentada en la libertad, crea un escenario para que la persona pueda hacer y decidir por sí misma. Por ejemplo, no es lo mismo establecer una ley que obligue a las personas a hacer ejercicio físico todos los días, a otra a través de la cual se crean gimnasios al aire libre. En el primer caso la gente no tendría otra opción que hacer ejercicio, aún en contra de su voluntad, mientras en el segundo, las personas podrían decidir libremente si quieren o no hacer uso de las máquinas al aire libre. Además, en el primer ejemplo se está lacerando la dignidad humana al no considerar al ser humano un sujeto de derecho, capaz de cambiar su destino.

Además, los gobiernos deben crear capacidades de acuerdo a su historia, cultura y presupuesto y detectar Nussbaum, (2012), “los puntos donde se puede invertir más adecuadamente” (p.206) para que las políticas sean más efectivas. Respecto a lo anterior, las acciones gubernamentales deben dedicar sus recursos a las necesidades más apremiantes de su población y enfocarlos a las poblaciones más vulnerables, ya que no se trata de invertir la riqueza en partes iguales para todos los ciudadanos, sino de manera equitativa.

De igual manera, Martha Nussbaum plantea diez capacidades centrales, que se deben tener en cuenta en la creación de políticas públicas, estas son las mínimas para que los seres humana puedan llevar una vida digna: vida, salud física, integridad física, sentidos, imaginación y pensamiento, emociones, razón práctica, afiliación, otras especies, control sobre el propio entorno (político y material). Sin embargo, este capítulo sólo se orientará en la capacidad “salud” que es definida de la siguiente manera: “poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva; recibir alimentación adecuada, disponer de un lugar apropiado para vivir” (Nussbaum, 2012).

La salud, además, puede asociarse con otras capacidades, como por ejemplo la vida, pues para tener una buena vida es necesario gozar de buena salud. También es necesario gozar de una buena salud mental si queremos usar o expresar sentimientos, pensamientos o imaginación, así como poder razonar y afiliarnos a otras personas. En general podría decirse que la salud es indispensable para que funcionen todas las capacidades al menos de una manera más o menos normal.

Igualmente, las otras capacidades influyen en que a su vez un ser humano pueda tener buena salud, por ejemplo, si tenemos la capacidad de razonamiento práctico podemos tomar mejores decisiones para el cuidado de nuestro cuerpo; la capacidad de afiliación puede ayudarnos a tener una mejor salud mental, o la capacidad de integridad física, que se refiere a que estaremos protegidos de ataques violentos que pongan en peligro nuestra salud entera.

Casi en la misma línea Manfred Max Neef habla del desarrollo a Escala Humana, el cual está orientado a la satisfacción de necesidades humanas (Max-Neef et al., 1986a) “que permitan elevar la calidad de vida de las personas” (p.25), más que a crear capacidades. Este autor considera que las necesidades son pocas, finitas y clasificables, ya que no varían de una persona a otra, ni dependen de la cultura. Por ejemplo: la salud es una necesidad que no conoce fronteras y es igual en cualquier parte del mundo.

Una necesidad puede ser una carencia o una potencialidad; carencia cuando se asume la necesidad o falta de algo, y potencialidad porque se refiere a lo que es capaz de ser y hacer una persona, concepto que es igual al de capacidad de Nussbaum, quien sin embargo no considera el término de “carencia”.

También a diferencia de Nussbaum, Max Neef, diversifica entre necesidades, satisfactores y bienes económicos. Un satisfactor es aquello que contribuye a la satisfacción de una necesidad, como es el caso de la nutrición y el ejercicio que son satisfactores para suplir la necesidad de una buena salud (en algunos textos para Max Neef, realmente la salud sería un satisfactor de la necesidad de protección). Por otra parte, los bienes son , (Max-Neef et al., 1986a) “objetos o artefactos que permiten incrementar o mermar la potencia de un satisfactor” (p.35), tales como por ejemplo un medio de transporte para asistir a la escuela, el cual es un bien que potencia al satisfactor que contribuye a suplir la necesidad de conocimiento. Mientras las necesidades son universales, los satisfactores se determinan culturalmente.

Los satisfactores además se subdividen en: violadores o destructores (ejemplo: las armas); los pseudo satisfactores, inhibidores, singulares, endógenos, exógenos y sinérgicos. Este capítulo se centrará en los sinérgicos por ser los ideales ya que, (Max-Neef et al., 1986a) “satisfacen una necesidad determinada, pero también estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades” (p.45), por lo cual es importante que las políticas públicas se dirijan a generar este tipo de satisfactores para de esta manera lograr un desarrollo

concentrado en el desarrollo sin excluir el crecimiento económico. También implica, como lo señalaba Martha Nussbaum, pensar en necesidades humanas universales para influir en las políticas públicas en beneficio de todas las personas de una sociedad (Max-Neef et al., 1986a)

Satisfactores destructores

Manfred McNeef nos presenta los satisfactores destructores, los cuales pretenden (Max-Neef et al., (1986^a) “satisfacer una necesidad, pero aniquilan la posibilidad de su satisfacción en un plazo mediano e imposibilitan la satisfacción adecuada de otras necesidades” (p.25). En el campo de las políticas públicas puede ser, por ejemplo, la compra de libros de inglés para una escuela en una zona donde los niños no tienen satisfecha su necesidad de transporte. La mala inversión de los recursos con que se compraron los libros impediría tanto la satisfacción de la necesidad de transporte, como la necesidad de educación en la lengua extranjera, ya que, si los niños no pueden asistir a la escuela, tampoco podrán estudiar inglés.

Pseudo-satisfactores

Según (Max-Neef et al., 1986b)

Los pseudo-satisfactores son elementos que estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad determinada. Sin la agresividad de los violadores o destructores, pueden en ocasiones aniquilar, en un plazo mediano, la posibilidad de satisfacer la necesidad a que originalmente apuntan. Su atributo especial es que generalmente son inducidos a través de propaganda, publicidad u otros medios de persuasión (p. 25).

Un ejemplo de pseudo- satisfactor en políticas públicas son los programas meramente asistenciales mediante los cuales se les entrega un computador que parece satisfacer la necesidad de educación, pero en realidad no satisfacen esa necesidad.

Satisfactores inhibidores

Los satisfactores inhibidores Max-Neef et al., (1986^{a5}) “satisfacer una necesidad, pero aniquilan la posibilidad de su satisfacción en un plazo mediano e imposibilitan la satisfacción adecuada de otras necesidades” (p.25). En este contexto, un ejemplo son las leyes o los procesos administrativos que son poco flexibles que en ocasiones dificultan que se satisfagan otras necesidades.

Satisfactores singulares

Max-Neef et al., (1986^a), los satisfactores singulares son aquellos que apuntan a la satisfacción de una sola necesidad, siendo neutros respecto a la satisfacción de otras necesidades. Son característicos de los planes y programas de desarrollo, cooperación y asistencia” (p.46). Un ejemplo de estos satisfactores son los programas de alimentos que sólo se crean para satisfacer esta necesidad específica.

De lo anterior se puede concluir que la satisfacción de las necesidades humanas parte de un consenso entre las comunidades con sus gobiernos, son ellas quienes deben asumir un rol protagónico en su propio proceso de desarrollo, esto quiere decir que los satisfactores no deben ser impuestas ni por ley, ni por decreto o de arriba abajo.

Análogamente, Bernardo Kliskberg considera que deben establecerse políticas para el desarrollo de la mano con la gerencia social para darle sentido al crecimiento económico y de esta manera crear capacidades y oportunidades para todos, especialmente para los más

desfavorecidos. Pero, además, Kliskberg señala el papel no sólo de los gobiernos, sino también de los medios de comunicación, la empresa privada y la sociedad civil en la consecución de una sociedad más equitativa. También destaca la importancia de la ética y los valores en la construcción del desarrollo e indica que países donde la corrupción es baja, los niveles de desarrollo son altos, (Kliksberg, 2004).

La salud y el desarrollo

La salud es parte inherente del desarrollo humano porque se ha comprobado que los individuos con mejor salud tienen más probabilidades de aprender y viceversa, a su vez, quienes aprenden obtienen mejor información para el cuidado de salud; en el mismo sentido, gozar de buena salud es indispensable para poder desempeñarse en un trabajo y poder acceder a mejores niveles de vida, (Casas, 1997)

Del mismo modo, un país que invierte en salud puede crecer económicamente al tener una fuerza laboral saludable y por tanto activa. Además, los individuos que tienen mejor salud, se enferman menos y esto incide que se reduzcan las tasas de ausentismo en el trabajo y que exista mayor productividad; sin contar el ahorro que implica para los sistemas de salud tener pocos enfermos.

La salud, además es una libertad y una capacidad porque permite, ser y decidir. También es una necesidad en la medida de que para muchos es una carencia y para otros una potencialidad que puede ayudar a las personas a adquirir otras libertades. Es por estas razones que se hace necesarios que los administradores públicos inviertan en la salud y conformen programas integrales de bienestar social, especialmente en aquellos grupos sociales más desposeídos, enfatizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y contando con la participación ciudadana (Casas, 1997).

La salud también aporta en el sentido de disminuir las inequidades sociales y por ende la salud tiene una doble connotación, es un objetivo e un indicador del desarrollo (Sen, 2000). Los estudios demuestran que una buena salud está relacionada directamente con la clase social, por esta misma razón, se considera que si la salud puede llegar a todas las personas sin importar sus ingresos la brecha social se disminuye.

Es por estas razones la Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, (2012) remarca que “la salud es una parte esencial del desarrollo social sostenible. Las intervenciones de salud pública pueden ayudar a romper el círculo vicioso de la enfermedad y la pobreza y apoyar la reducción de las desigualdades dentro y entre las poblaciones” (p.148). Tampoco debemos olvidar que es la misma Organización Mundial de la Salud, (1946), la que ha determinado que el termino salud se refiere a “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (párr.1), lo que quiere decir que más allá de políticas públicas que atiendan al individuo enfermo deben existir estrategias que contribuyan a la prevención de patologías y a la promoción del bienestar en sus distintas dimensiones y que incluya también los individuos sanos, este sería el principal propósito de la salud pública, tal y como lo expresa el Congreso de la República de Colombia, (2016), “la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida” (p.2).

Debido precisamente a la heterogeneidad de la población las políticas públicas implican, Molina-Marín et al., (2014), “una fuerte participación social, en donde los escenarios de concertación y decisión son propuestos desde uno o varios actores, con la participación del Estado como ente rector y garante del derecho a la salud” (p.1), es decir deben ser construidas con el consenso social y a partir de espacios en los que se articulen intenciones y acciones de los diferentes actores (patrocinadores, formuladores y responsables políticos; directores de programas, gestores y profesionales; destinatarios o beneficiarios directos e indirectos; otros

que actúan como referentes: profesionales y responsables de políticas similares, científicos sociales y expertos; instituciones inter y transnacionales) respondiendo de esta manera a las necesidades y problemáticas de las específicas de las comunidades.

Plan Decenal de Salud (2012 – 2021)

El Plan Decenal de Salud es una política pública que intenta responder a las demandas en salud de la población colombiana. Tiene como objetivo principal, Ministerio de Salud y Protección Social (2013a), “lograr un impacto positivo en los determinantes sociales y económicos de la salud en el país, tomando como eje transversal la atención primaria en salud y reconociendo a la salud como un derecho y dimensión del desarrollo humano” (p.25), en consecuencia con lo que determinan los Objetivos del Desarrollo Sostenible.

El Plan Decenal de Salud Pública se construyó con la participación conjunta de todos los estamentos de la nación, a través de un proceso de participación, discusión, reflexión y concertación al que se sumaron de manera directa 153.397 colombianos y colombianas con la realización de talleres en diferentes regiones con todo tipo de poblaciones y el apoyo de organizaciones internacionales, expertos y la academia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

Con este fin se subdividió en ocho dimensiones principales y dos transversales, estas son: salud ambiental; convivencia social y salud mental; seguridad alimentaria y nutricional; sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, vida saludable y condiciones trasmisibles; salud y ámbito laboral; dimensión de gestión diferencial de las poblaciones vulnerables; fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

Por primera vez en la historia de Colombia se incluyó un componente para “Víctimas del conflicto armado colombiano”, dentro de la dimensión de poblaciones vulnerables.

Dimensión “gestión diferencial de las poblaciones vulnerables”

El (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS), n.d, define a esta dimensión como:

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el reconocimiento de las diferencias sociales y, en consecuencia, la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significa desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, encaminados a lograr la equidad en salud en el marco de los derechos de sujetos y colectivos. (párr. 1)

La gestión diferencial es compartida por las víctimas del conflicto armado con otros grupos poblacionales que también hacen parte de este componente tales como: niños, niñas y adolescentes, grupos étnicos, adulto mayor y personas en situación de discapacidad, para quienes existen algunos programas y estrategias distintas dependiendo de sus requerimientos específico. Vale anotar que al ser transversal estas son complementarias de aquellas que están inmersas dentro de las demás dimensiones.

Para las víctimas del conflicto armado el Plan Decenal de Salud 2012 – 2021 planteó 20 estrategias diferenciales dentro de las cuales se destaca su inclusión en los mecanismos de participación, la entrega de asistencia humanitaria, la aplicación de los enfoques psicosocial y diferencial, la implementación del Programa de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, la capacitación de las víctimas y el personal de salud y la gestión en salud para su atención.

Enfoque psicosocial

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS), (2017) lo define de la siguiente manera:

Desde este enfoque se privilegian siempre las acciones tendientes a contribuir en la reparación de la dignidad humana, generar condiciones para el ejercicio autónomo de las personas y las comunidades en la exigencia de los derechos, y devolver a estas la independencia y el control sobre sus vidas y sus historias. Reconoce y valida las potencialidades y capacidades con las que cuentan las personas y las comunidades para recuperarse y materializar sus proyectos de vida. (p. 25).

Las “condiciones” de la que se habla en el programa Papsivi, no se refieren tan sólo a la asistencia psicológica sino también a otras como el acceso a la educación, a una salud integral, a una vivienda digna, al trabajo, entre otras que posibiliten que las víctimas puedan superar los hechos victimizante por sí mismas con políticas que los incluyan sin caer en el asistencialismo, sino por el contrario contribuyan a que se reconozcan como sujetos de derechos capaces de dirigir su propio destino.

Este enfoque también es definido como un “proceso” que inicia con la preparación previa de los especialistas antes de intervenir a las víctimas; luego continua con el desarrollo de acciones y finaliza con el seguimiento de los efectos de la participación. El concepto es importante porque denota la necesidad de una evaluación de los impactos de las estrategias, las cuales generalmente tratan de (Comisión de la Verdad, s.f.,) “dar significado a los hechos o impactos traumáticos con la construcción de las narrativas y los testimonios; y las formas de re significación, simbólicas y de refuerzo del tejido social y la convivencia” (párr. 2).

Otra definición según la Organización Panamericana de la Salud, PAHO es una, Ministerio de la Protección Social et al., (2009), “perspectiva que reconoce los impactos psicosociales que comprometen la violación de derechos en el contexto de la violencia y el desplazamiento en Colombia” (pág. 9), lo que implica una reparación para las víctimas y que los hechos por lo que pasaron no sean olvidados, sino hagan parte de la historia para que no se repita. Reconocer los impactos psicosociales es una responsabilidad del Estado que tiene el deber de implementar procesos para la superación de las cicatrices dejadas por la violencia.

De igual manera, una definición que complementa a la anterior, según Anaconda Hormiga, (2014), “implica la comprensión de los diferentes ámbitos que se vieron afectados por el contexto del conflicto armado, en las personas, las familias y las comunidades; cuya comprensión contextualizada permite un abordaje integral de la situación” (p. 11), es decir no solamente encierra una perspectiva psicológica, sino que enmarca la inclusión social de estas personas, así como un abordaje desde otras dimensiones del ser humano que los lleve a la transformación de su situación.

Enfoque diferencial

Adquiere importancia dado que las víctimas del conflicto armado en Colombia son consideradas una población excluida, privada de derechos y libertades, por lo que requiere de reconocimiento e inclusión. Sin embargo, también se aplica dependiendo del ciclo de vida de las personas (infancia, adolescencia, adultez, vejez), las comunidades étnicas, género o la discapacidad, considerando aquellas condiciones que pueden limitar las libertades humanas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p. 41)

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, (2013b), “la diferenciación del derecho a la salud para diferentes grupos poblacionales, y la especificidad de sus necesidades, responde a desventajas y necesidades no satisfechas que suceden en la práctica” (p. 32), es por esta razón que a pesar de que todos los ciudadanos están amparados por los mismos derechos se deben reconocer aquellas diferencias y condiciones sociales que en la vida real afectan más a unos que a otros.

De acuerdo con esto, lo que busca es lograr una organización tal, que según Moreno Díaz & Siachoque Jara, (2015) “acciones y programas gubernamentales de cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación” (párr. 17).

Hay que agregar que según el Ministerio del Interior y de Justicia, (2012) el “enfoque diferencial no solo debe permear las acciones y políticas públicas, sino que debe ser parte del comportamiento de los funcionarios y constituirse en una herramienta de análisis de la propia política” (párr. 12).

Programa de Atención Psicosocial

El Centro de Memoria Histórica, (Paulina et al., 20c define a este programa de la siguiente manera:

El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado PAPSIVI constituye la línea técnica que le permite a los diferentes actores atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas ocasionados por o en relación con el conflicto armado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario (incluido en éste los sujetos de reparación colectiva), con el fin de mitigar

su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades (p. 2).

Víctimas del conflicto armado

La definición de víctima que se tomó en cuenta en el presente estudio es la plasmada en el artículo número 3 de la ley 1448 de víctimas y restitución de tierras:

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

También son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se 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 al autor de la conducta punible y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima (pág. 1)

De igual manera el trabajo se acoge al concepto de víctima de la Organización de la Naciones Unidas (Organización de las Naciones Unidas, n.d.), el cual se describe de la siguiente manera:

Una persona, que ha sufrido un daño, que le ha sido impedido el disfrute de uno de sus derechos, y que este derecho ha sido reconocido por un tratado internacional adoptado por el Estado, el daño resulta de la acción u omisión del mismo Estado. (párr. 1)

De acuerdo con los anteriores conceptos, la Unidad de Víctimas o Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (*Registro Único de Víctimas (RUV) | Unidad para las Víctimas*, n.d.) registra 9'153.078 de víctimas hasta el corte del 30 de junio de 2021 en Colombia. En el departamento de Norte de Santander se reconocieron 359.325 víctimas ocurrencia, de las cuales 232.983 han sido sujeto de atención, es decir

pueden acceder efectivamente a las medidas de atención o reparación. No presentan novedades por fallecimiento a causa o no del hecho victimizante, identificadas con números de documento válidos y han solicitado ayuda humanitaria directamente o a través de un familiar, que, de acuerdo con la última ubicación conocida vive en el territorio.

La mayoría de estas personas, de acuerdo con el informe son desplazadas por la violencia. En el caso de Pamplona han declarado alrededor de 2127 personas de las cuales 1800 han sido sujetos de atención, de igual manera una gran proporción ha sido víctima de desplazamiento forzado.

En la ley 1448 de víctimas y restitución de tierras, así como en los acuerdos de paz quedó incluida la reparación integral de las víctimas, sin embargo, el gobierno colombiano aún tiene varios retos por resolver, ya que muchas víctimas no han podido ser reconocidas como tal y

aún les falta información sobre cómo acceder a los servicios o carecen de un acceso real por vivir en zonas rurales, (Luis et al., 2017)

Dentro de los componentes de dicha reparación integral se contempla la atención en salud ya que las distintas formas de violencia que se han presentado durante el conflicto interno colombiano explican la alta frecuencia de posibles trastornos mentales en los sobrevivientes, particularmente el trastorno de estrés postraumático y trastornos depresivos. El estigma discriminación representa un estresor psicosocial que afecta la salud física y mental y se configura como una barrera de acceso a la salud (Adalberto Campo-Arias et al., 2017, p.1).

La falta del reconocimiento de las víctimas en el sistema de salud hace que, según Correa et al., (2017), “los mecanismos se tornen ineficaces. Para muchos colombianos que han sufrido directamente la guerra un hospital o única clínica puede ser el primer o único contacto directo que tendrán con entidades estatales para iniciar su camino personal hacia la reparación”

Investigaciones muestran otras barreras para las personas que han padecido la violencia interna, entre ellas que existe un desequilibrio entre los recursos y las necesidades, no se evidencia una atención integral, ni diferencial para quienes han sufrido la violencia. Además, existen problemas de desinformación, desconocimiento de los protocolos, la no afiliación a la seguridad social y un inadecuado sistema de financiación de la salud. (Pereira et al., 2017).

También se mencionan Campo-Arias et al., (2014, p.181) “una atención psicosocial deficiente o de dudosa calidad y en todo el proceso de fragmentación de la atención cuando se logra acceder al sistema de salud” (p. 181). Esta situación es grave si se tiene en cuenta que el desplazamiento provoca impactos tales como Campo-Arias et al., (2014) “aislamiento social, desarraigo, menoscabo de la vivencia social de la estructura familiar, disolución de la comunicación y vínculos con amistades, detrimento patrimonial y control y manipulación por parte de instituciones burocráticas y sociopolíticas” (p.180).

Evaluación de políticas públicas en salud

Existen muchas definiciones de la palabra “evaluación”, así como diferentes clasificaciones. La mayoría coincide en que sus funciones más importantes son: verificar el cumplimiento de objetivos, estrategias o actividades planteadas usualmente, en un protocolo o en la formulación de la política pública (Nebot et al., 2011).

Otras, igualmente significativas son las de “orientar la asignación presupuestaria, cautelar la calidad del gasto y la definición de nuevas prioridades de programas” (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, n.d.) , dado que muchas veces los recursos se invierten en acciones sin resultados o beneficios sobre las personas

Sin embargo en la práctica rara vez una política pública se ejecuta tal y como estaba formulada, puesto que en el proceso de implementación suelen presentarse situaciones inesperadas, así como efectos positivos o negativos que influyen en los resultados y efectos, lo que implica una necesidad de revisar sistemática y periódicamente las intervenciones para optimizar las consecuencias o reducir derivaciones no esperadas (Feinstein et al., 2016).

Además, las evaluaciones se ven influenciadas por el contexto como por ejemplo el territorio, la población, las normas, las costumbres, y la cultura que a su vez inciden en las consecuencias de las políticas en salud, lo que hace que este proceso no sea estandarizado, sino adaptable a las situaciones locales.

Las evaluaciones de políticas públicas suelen ser en algunos casos iniciativa del gobierno, estas suelen tener rasgos Bertranou, (2019). “muy similares a los desarrollados por la investigación académica, pero con la particularidad de que debe generarse un aprendizaje en el nivel de las organizaciones públicas (y no gubernamentales)” (pág. 155), por lo cual es importante destacar el papel de las universidades en su abordaje, ya que son las que poseen y

aplican el método científico a la evaluación y desempeñan un papel político y social al orientar los gobiernos en la toma de mejores decisiones.

Actualmente, algunas entidades estatales u otras organizaciones que auditan y hacen seguimiento de las políticas, usan también la evaluación como una forma de control político – democrático, en concordancia con los principios de la nueva Gobernanza: responsabilidad, transparencia y participación (Merino, 2010), en un mundo donde los ciudadanos cada vez están más informados y exigen una inversión responsable de tesoro público (Arnoletto, 2014).

Resumiendo, desde el punto de vista académico la evaluación es

un instrumento integrado en el análisis de las políticas públicas de carácter multidisciplinar y de reciente especialización profesional que tiene por objeto apreciar la eficacia de los programas o políticas públicas, comparando sus resultados e impactos con los objetivos asignados y los medios puestos a su disposición, emitiendo un juicio de valor (Merino, 2010, p.13 - 14) .

En conclusión, se puede considerar que la evaluación cumple con varios roles, uno de ellos es establecer el grado de cumplimiento de las políticas públicas en relación con los objetivos y presupuesto asignado, pero también el de verificar como se ha implementado en términos de eficacia, cobertura y calidad de las intervenciones, lo que a su vez contribuye a la reformulación de planes en el futuro, a recopilar datos y conocimientos nuevos e identificar errores y aciertos para mejorar.

Implementación de la política pública

El presente estudio tomó como referencia las diferentes concepciones de “implementación” recopiladas en el libro “Implementación de políticas públicas”. De acuerdo a lo anterior se

destaca la interpretación de Van Meter y Van Horn, quienes la definen como, Asturias Corporación Universitaria, (n.d.), “el conjunto de acciones efectuadas por individuos o grupos, públicos y privados, con miras a la realización de objetivos previamente decididos” (párr. 3), esto implica que el éxito en la implementación de una política también está determinado por la formulación de objetivos que sean alcanzables, precisos y coherentes con las necesidades que se van a satisfacer. Desafortunadamente casi siempre se observa una brecha entre los objetivos y la implementación de las políticas, lo que deja al descubierto las ineficiencias en el gobierno o por el contrario su capacidad de gestión (Revuelta Vaquero, 2007).

Por lo tanto, al implementar una política también es importante aspectos externos no afecten el cumplimiento de los objetivos trazados de la política. Esta definición, implícitamente le da más valor a la evaluación en cuanto a través de esta se puede mejorar la implementación al identificar esas “injerencias” no deseadas.

Además, Sabatier y Mazmanian Asturias Corporación Universitaria, (n.d.) consideran que “es la forma de llevar a cabo una decisión de política básica” (pág. 4), con esto se refieren al ¿cómo lo hacemos?, más que al ¿qué logramos?, por tanto, al evaluar una implementación interesa más la comprensión de las acciones respecto con las metas, que los resultados de la política en sí mismos, los cuáles finalmente son producto de ese proceso de interacción.

Enfoque top-down

Considera que las decisiones en políticas públicas son tomadas por las autoridades, técnicos o diseñadores competentes y ejecutadas por toda una cadena de empleados públicos que ocupan cargos dentro de una estructura vertical y piramidal (de arriba hacia abajo), es decir la implementación Asturias Corporación Universitaria (n.d.) “desde la parte más alta, hasta llegar a la inferior de la misma, donde los órganos superiores van dando órdenes y vigilando que los órganos inferiores cumplan con los objetivos definidos previamente” (p.6).

Ha sido criticado porque Asturias Corporación Universitaria, (n.d.) “no provee una buena estructura para observar el cambio de política, ni el proceso de aprendizaje de la misma” (p.7), lo cual puede deberse a que no existe una retroalimentación de los niveles bajos hacia arriba o no se le da importancia.

Es muy criticado ya que no le da importancia a otros actores externos al sistema como lo pueden ser las organizaciones sociales, los periodistas, entre otros, esto incluye a los propios beneficiarios de la política, quienes deberían participar tanto de la toma de decisiones como de su formulación. Esto provoca que haya pérdida de información valiosa que imposibilita la capacidad de mejoramiento de las políticas, además podría generar un clima de autoritarismo para los ciudadanos, quienes a menudo pueden sentirse no escuchados y desinteresarse por su propio desarrollo.

Según diferentes autores el éxito o el fracaso de este modelo depende de los siguientes factores: formulación coherente y precisa de los objetivos; los recursos dedicados; la comunicación interorganizativa y la capacidad de control; el ambiente exterior; que los diseñadores de la política conocen, las capacidades de los implementadores (Asturias Corporación Universitaria, n.d.).

Bottom-up

Es un modelo que, al contrario del anterior, permite que las políticas sean modificadas en el transcurso de la implementación, además de considerar el contexto particular en el que se ejecuta la política pública, por consiguiente, lo que ocurre en los niveles inferiores es tomado en cuenta por los que están más arriba, especialmente entre los funcionarios públicos de “primer piso” y quienes reciben la política.

Se sobreentiende entonces que los ciudadanos tienen más posibilidades de participación en las decisiones e incluso en la formulación de las políticas, por tanto, se podrían identificar mejor cuáles son las oportunidades de mejora y las barreras para acceder de quienes se encuentran en la base estructural. También permitiría a otros actores como periodistas u Organizaciones No Gubernamental hacer parte del proceso, ayudando incluso a que sea más eficiente o transparente.

Una de las críticas sobre este enfoque radica en que se puede perder la esencia por la cual se esbozaron los objetivos de la política pública y en consecuencia se terminan ejecutando acciones que no fueron planeadas y que en ocasiones no tendrían coherencia con los objetivos al inicio del proceso (Asturias Corporación Universitaria, n.d.).

Modelo de la gestión pública

Derivado de los anteriores surgió un modelo de la gestión pública que según (Asturias Corporación Universitaria, n.d.)

“busca aumentar las posibilidades de que el proceso de implementación sea más exitoso; por lo que entonces, Sabatier y Mazmanian citados en Roth, proponen cinco condiciones que los diseñadores de política pública deben considerar para poder alcanzar los objetivos propuestos en determinada política, consistiendo dichas condiciones en contar con

- 1) una teoría sólida,
- 2) una ley clara,
- 3) la capacidad suficiente por parte de los implementadores,

- 4) apoyo político y social; y
- 5) un entorno favorable (p.9).

MARCO CONTEXTUAL

Situación de Pamplona

A continuación, se presentan algunas características del municipio de Pamplona, Norte de Santander tomados de la página web de la alcaldía del municipio (Alcaldía de Pamplona, 2016)

Nombre del municipio: Pamplona

Código Dane: 54518

Gentilicio: Pamplonés - Pamplonesa – Pamploneses

Otros nombres que ha recibido el municipio: Pamplona se la conoce como la "Ciudad de los mil títulos" gracias a sus innumerables apelativos, entre los cuales destacan: Ciudad Mitrada, La Atenas del Norte, Ciudad de las Neblinas, Pamplonilla la Loca, Ciudad Estudiantil, Ciudad Patriota, Muy noble y muy hidalga ciudad, Ciudad de Ursúa, etc.

Límites del municipio:

Pamplona, limita al Norte con Pamplonita y Cucutilla, al sur con los municipios de Cácula y Mutiscua, al oriente con Labateca y al occidente con Cucutilla.

Extensión total: 318 Km²

Extensión área urbana: 59.214 Km² con 76. 983 habitantes aproximadamente.

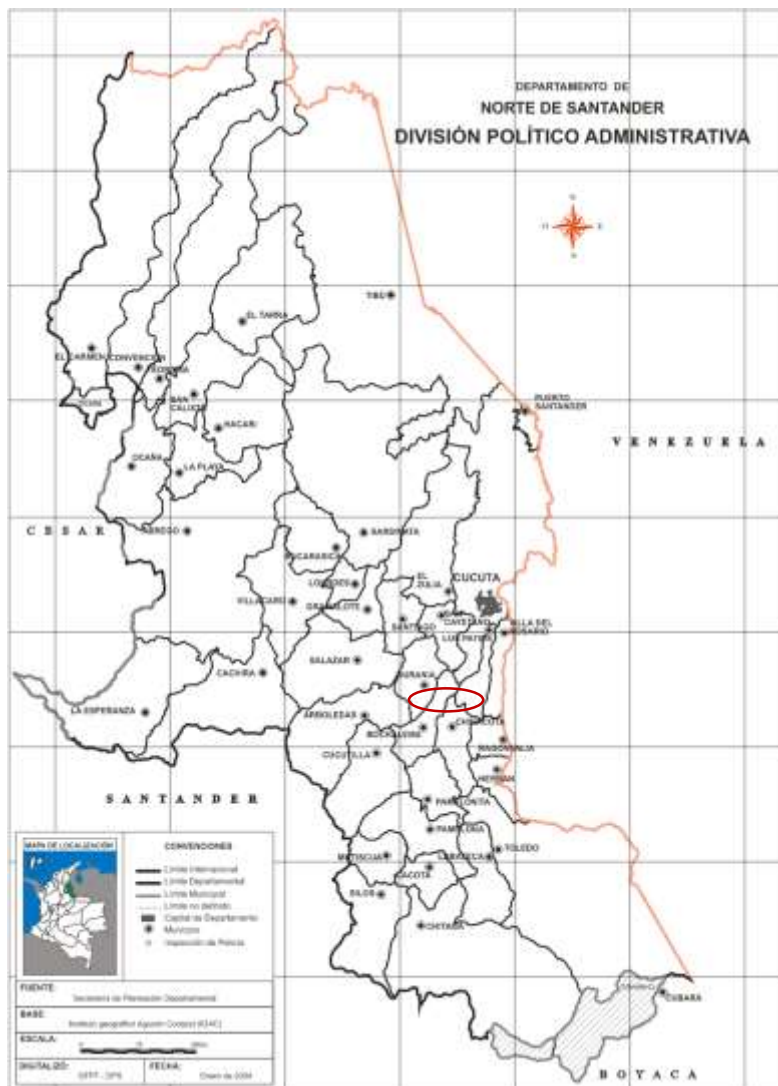
Extensión área rural: 1.176 Km²

Altitud de la cabecera municipal: 2.200 metros sobre el nivel del mar.

Temperatura media: 16° C

Distancia de referencia: 75 kilómetros de San José de Cúcuta y 124 kilómetros de Bucaramanga.

Ubicación de Pamplona en el mapa de la división político administrativa de Norte de Santander, Republica Nacional de Colombia



Este mapa ayuda a visualizar la cercanía de Pamplona con algunas poblaciones que han padecido la violencia como aquellas que hacen parte del Catatumbo colombiano (Ábrego, Convención, El Carmen, El Tarra, Hacarí, La Playa, Ocaña, San Calixto, Sardinata, Teorama y Tibú), entre otras poblaciones.

Tomado de: (Alcaldía de Pamplona, 2016)

MARCO LEGAL

Este trabajo se sustenta en el siguiente marco legal que protege la salud de los colombianos y de las víctimas del conflicto armado colombiano:

Declaración Universal de Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas, 1948).

Artículo 25. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (párr. 25)

Constitución Política de Colombia (Congreso, 1991)

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

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

particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

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

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

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones (Ministerio de la Protección Social Colombia, 1993)

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas

Artículo 10. Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro ARTICULO 2o. Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación

Ley 1438 de 2011. (Presidencia de la República & Congreso Nacional, 2011)

Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones

Artículo 1°. Objeto de la ley. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

c) Cuando se extinga el Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República, los aportes presupuestales de este Fondo para las víctimas del terrorismo se trasladarán al Fondo de Solidaridad y Garantía.

3.6 Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

Ley 1448 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011)

Reglamentada por el Decreto Nacional 4800 de 2011, Reglamentada por el Decreto Nacional 3011 de 2013. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.

Título. I disposiciones generales

Capítulo. I Objeto, ámbito y definición de víctima

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer un conjunto de medidas judiciales, administrativas, sociales y económicas, individuales y colectivas, en beneficio de las víctimas de las violaciones contempladas en el artículo 3º de la presente ley, dentro de un marco de justicia transicional, que posibiliten hacer efectivo el goce de sus derechos a la verdad, la justicia y la reparación con garantía de no repetición, de modo que se reconozca su condición de víctimas y se dignifique a través de la materialización de sus derechos constitucionales.

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

NOTA: El texto subrayado declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-250 de 2012. **NOTA:** El texto en cursiva declarado EXEQUIBLE por la Corte

Constitucional mediante Sentencia C-280 de 2013. También son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se 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 al autor de la conducta punible y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima.

Parágrafo 1º. 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 2º. Los miembros de los grupos armados 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, el 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 3º. 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 4º. Las personas que hayan sido víctimas por hechos ocurridos antes del 1º 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 5º. 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 tercero (3º) 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.

Artículo 28. Derechos de las víctimas. Las víctimas de las violaciones contempladas en el artículo 3º de la presente Ley, tendrán entre otros los siguientes derechos en el marco de la normatividad vigente: 1. Derecho a la verdad, justicia y reparación. 2. Derecho a acudir a escenarios de diálogo institucional y comunitario. 3. Derecho a ser beneficiario de las acciones

afirmativas adelantadas por el Estado para proteger y garantizar el derecho a la vida en condiciones de dignidad. 4. Derecho a solicitar y recibir atención humanitaria. 5. Derecho a participar en la formulación, implementación y seguimiento de la política pública de prevención, atención y reparación integral. 6. Derecho a que la política pública de que trata la presente ley, tenga enfoque diferencial. 7. Derecho a la reunificación familiar cuando por razón de su tipo de victimización se haya dividido el núcleo familiar. 8. Derecho a retornar a su lugar de origen o reubicarse en condiciones de voluntariedad, seguridad y dignidad, en el marco de la política de seguridad nacional. 9. Derecho a la restitución de la tierra si hubiere sido despojado de ella, en los términos establecidos en la presente Ley.

NOTA: Expresión subrayada declarada EXEQUIBLE mediante Sentencia de la Corte Constitucional C- 715 de 2012 10. Derecho a la información sobre las rutas y los medios de acceso a las medidas que se establecen en la presente Ley. 10. Derecho a la información sobre las rutas y los medios de acceso a las medidas que se establecen en la presente Ley. 11. Derecho a conocer el estado de procesos judiciales y administrativos que se estén adelantando, en los que tengan un interés como parte o intervinientes. **NOTA:** Texto subrayado declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C438 de 2013. 12. Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia. **NOTA:** Expresión subrayada declarada EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-715 de 2012.

ARTÍCULO 47. Ayuda humanitaria. Las víctimas de que trata el artículo 3º de la presente ley, recibirán ayuda humanitaria de acuerdo a las necesidades inmediatas que guarden relación directa con el hecho victimizante, con el objetivo de socorrer, asistir, proteger y atender sus necesidades de alimentación, aseo personal, manejo de abastecimientos, utensilios de cocina, atención médica y psicológica de emergencia, transporte de emergencia y alojamiento

transitorio en condiciones dignas, y con enfoque diferencial, en el momento de la violación de los derechos o en el momento en el que las autoridades tengan conocimiento de la misma.

Las víctimas de los delitos contra la libertad, integridad y formación sexual, recibirán asistencia médica y psicológica especializada de emergencia.

Parágrafo 1º. Las entidades territoriales en primera instancia, la Unidad Administrativa Especial de Atención y Reparación a Víctimas, y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar subsidiariamente, deberán prestar el alojamiento y alimentación transitoria en condiciones dignas y de manera inmediata a la violación de los derechos o en el momento en que las autoridades tengan conocimiento de la misma.

Parágrafo 2º. 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, cuando estas lo requieran en razón a una violación a las que se refiere el artículo 3º de la presente ley.

Parágrafo 3º. La Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación, deberá adelantar las acciones pertinentes ante las distintas entidades que conforman el Sistema Nacional de Atención y Reparación a Víctimas para garantizar la ayuda humanitaria.

De igual manera, y de acuerdo a lo contemplado en el artículo 49 de la Ley 418 de 1997 y sus prórrogas correspondientes, prestará por una sola vez, a través de mecanismos eficaces y eficientes, asegurando la gratuidad en el trámite, y de acuerdo a su competencia, la ayuda humanitaria.

Parágrafo 4°. En lo que respecta a la atención humanitaria para la población víctima del desplazamiento forzado, se regirá por lo establecido en el Capítulo III del presente Título

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 resultar en 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 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 76. Atención inicial de urgencias en salud. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas o privadas, del territorio nacional, tienen la obligación de suministrar atención inicial de urgencias de manera inmediata a las víctimas pertenecientes a pueblos y comunidades indígenas que la requieran, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios y sin exigir condición previa para su admisión.

Artículo 116. Rehabilitación física. Con la participación de las comunidades el Estado adoptará medidas adecuadas e interculturales para que las víctimas individuales de violaciones a su integridad física recuperen la salud en su sentido integral, a través, entre otros, del apoyo a la medicina y prácticas tradicionales, la prestación de servicios médicos especializados, terapias, y todos aquellos establecidos en la Ley 1448 de 2011. Artículo

Artículo 117. Rehabilitación psicológica. Con la participación de las comunidades el Estado adoptará medidas adecuadas e interculturales para que las víctimas colectivas e individuales de violaciones a su integridad psicológica y espiritual recuperen el equilibrio, a través, entre

otros, del apoyo a la medicina y prácticas tradicionales en el marco del sistema indígena de salud propio e intercultural.

Capítulo. II. Medidas de Asistencia y Atención a las Víctimas

Artículo 49. Asistencia y atención. Se entiende por asistencia a las víctimas el conjunto integrado de medidas, programas y recursos de orden político, económico, social, fiscal, entre otros, a cargo del Estado, orientado a restablecer la vigencia efectiva de los derechos de las víctimas, brindarles condiciones para llevar una vida digna y garantizar su incorporación a la vida social, económica y política. Por su parte, entiéndase por atención, la acción de dar información, orientación y acompañamiento jurídico y psicosocial a la víctima, con miras a facilitar el acceso y cualificar el ejercicio de los derechos a la verdad, justicia y reparación.

Capítulo. VIII Medidas de Rehabilitación

Artículo 135. Rehabilitación. La rehabilitación como medida de reparación consiste en el conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas en los términos de la presente ley.

Artículo 137. Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social, creará dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, el cual se implementará a través del Plan Nacional para la Atención y

Reparación Integral a las Víctimas, comenzando en las zonas con mayor presencia de víctimas. El Programa deberá incluir lo siguiente:

1. Pro-actividad. Los servicios de atención deben propender por la detección y acercamiento a las víctimas.
2. Atención individual, familiar y comunitaria. Se deberá garantizar una atención de calidad por parte de profesionales con formación técnica específica y experiencia relacionada, especialmente cuando se trate de víctimas de violencia sexual, para lo cual deberá contar con un componente de atención psicosocial para atención de mujeres víctimas. Se deberá incluir entre sus prestaciones la terapia individual, familiar y acciones comunitarias según protocolos de atención que deberán diseñarse e implementarse localmente en función del tipo de violencia y del marco cultural de las víctimas.
3. Gratuidad. Se garantizará a las víctimas el acceso gratuito a los servicios del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, incluyendo el acceso a medicamentos en los casos en que esto fuera requerido y la financiación de los gastos de desplazamiento cuando sea necesario.
4. Atención preferencial. Se otorgará prioridad en aquellos servicios que no estén contemplados en el programa.
5. Duración. La atención estará sujeta a las necesidades particulares de las víctimas y afectados, y al concepto emitido por el equipo de profesionales.
6. Ingreso. Se diseñará un mecanismo de ingreso e identificación que defina la condición de beneficiario del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas y permita el acceso a los servicios de atención.
7. Interdisciplinariedad. Se crearán mecanismos de prestación de servicios constituidos por profesionales en psicología y psiquiatría, con el apoyo de trabajadores sociales, médicos,

enfermeras, promotores comunitarios entre otros profesionales, en función de las necesidades locales, garantizando la integralidad de acción para el adecuado cumplimiento de sus fines.

Parágrafo. Los gastos derivados de la atención brindada por el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas serán reconocidos y pagados por conducto del Ministerio de la Protección Social con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Fosyga), Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, salvo que estén cubiertos por otro ente asegurador en salud.

Capítulo. II Registro Único de Víctimas

Artículo 154. Registro único de víctimas. La Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, será la responsable del funcionamiento del Registro Único de Víctimas. Este Registro se soportará en el Registro Único de Población Desplazada que actualmente maneja la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional para la atención a la población en situación de desplazamiento, y que será trasladado a la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas dentro de un (1) año contado a partir de la promulgación de la presente Ley.

Parágrafo. La Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional deberá operar los registros de población víctima a su cargo y existentes a la fecha de vigencia de la presente Ley, incluido el Registro Único de Población Desplazada, mientras se logra la interoperabilidad de la totalidad de estos registros y entre en funcionamiento el Registro Único de Víctimas garantizando la integridad de los registros actuales de la información.

TÍTULO VI MEDIDAS DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN

CAPÍTULO I Asistencia en salud

Artículo 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 estas, 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 Sisbén 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, o 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 este 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 recobros 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

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.

Con base en la información recopilada a través de la Red Nacional de Información, se evaluará el acceso efectivo del hogar a los componentes de alimentación, alojamiento temporal, salud, y educación, a través de alguna de las siguientes fuentes:

1. Participación del hogar de los programas sociales orientados a satisfacer las necesidades relativas a estos componentes.
2. Participación del hogar en programas sociales orientados al fortalecimiento de las capacidades de autosostenimiento del hogar.
3. Participación del hogar en procesos de retorno o reubicación y acceso a los incentivos que el gobierno diseñe para estos fines.
4. Generación de un ingreso propio que le permite al hogar suplir de manera autónoma estos componentes.

5. Participación del hogar en programas de empleo dirigidos a las víctimas. Una vez se establezca que el hogar cuenta con acceso a los componentes de alimentación, alojamiento temporal, salud y educación a través de alguna de las fuentes mencionadas, se considerará superada la situación de emergencia producto del desplazamiento.

Artículo 212. Del enfoque diferencial en los programas de protección. Los programas de protección tendrán en cuenta aspectos como el género, la edad, la orientación sexual, la posición dentro del hogar, situación socioeconómica, el origen étnico o racial, las creencias religiosas, la salud, las condiciones de discapacidad física y mental, la identidad cultural, la orientación política, el contexto geográfico, entre otros, para la evaluación del riesgo y la determinación de las medidas de protección. El Subcomité de Enfoque Diferencial dará los lineamientos técnicos para incorporar el enfoque diferencial en los programas de protección.

Artículo 213. Articulación entre los programas de atención y protección. Los programas de protección deberán articularse con los programas de atención a las víctimas en los términos del artículo 3° de la Ley 1448 de 2011 y el programa de protección. En todos los casos, y frente a las diferentes medidas de protección que se asignen, el Ministerio de Salud y Protección Social brindará el acompañamiento y atención psicosocial a la víctima y su grupo familiar, así como la articulación a la oferta de servicios sociales del Estado.

Artículo 214. Difusión de los programas de protección. Se deberán crear y adoptar estrategias de difusión de los programas en todo el territorio nacional con el apoyo de los entes territoriales, con el fin de que las víctimas los conozcan. Dicha estrategia deberá implementarse en un término de seis (6) meses a partir de la publicación del presente decreto.

Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Congreso de la República, 2015)

Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención. En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

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

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

Desde los parámetros éticos y de acuerdo a la resolución 8430 de 1993 en el artículo 11 esta investigación connota un estudio sin riesgo en el cual se —emplean técnicas y métodos de investigación retrospectivos, que son y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y entre otros.

Los sujetos participaron de forma voluntaria y en cualquier momento podrían haberse retirado de la investigación. También se les dieron a conocer los objetivos de la investigación y el uso de los datos mediante el formato consentimiento informado de la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Pamplona.

Vale destacar que las preguntas también fueron evaluadas y aprobadas por parte del comité de ética de la Universidad de Pamplona con el fin de no herir la dignidad de los participantes del estudio.

Tipo de investigación

Se realiza tomando en cuenta el enfoque de la investigación cualitativa que permite conocer percepciones, contextos, descripciones de la realidad, entre otros datos (Rodríguez, 2011). que son importantes para evaluar la implementación del componente “víctimas del conflicto armado” del Plan Decenal de Salud Pública en Pamplona.

Además, según, Hernández Sampieri et al., (2014), “la investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (p.358), esto nos permite conocer a través de la

voz de sus propios actores, las interferencias que podrían no permitir o no una buena implementación de la política pública, así como recopilar información sobre las actividades que se llevan a cabo durante el proceso.

En este estudio interesa conocer cómo se realizó la implementación, más allá de conocer cifras o datos estadísticos que no ofrecen ninguna perspectiva de las personas que intervienen en los programas y actividades que enmarcan las estrategias de salud. Por el contrario, lo que busca es saber con qué calidad y eficiencia se desarrollan las mismas y esto solo es posible a través de la mirada de sus protagonistas.

También reconoce la implementación del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021) desde tres perspectivas diferentes: el Plan de Desarrollo Municipal, los funcionarios públicos, líderes y víctimas beneficiarias de la política pública. En otras palabras, describe lo que está planificado, cómo se está llevando a cabo y qué opinan las personas a quienes se dirigen los planes.

A través del análisis de contenido del Plan de Desarrollo del Municipio de Pamplona se establece si incluye las metas del componente “víctimas del conflicto armado” del Plan Decenal de Salud Pública.

También se llevan a cabo entrevistas semiestructuradas con el fin de describir la gestión institucional para la obtención y distribución de recursos dirigidos a la atención de la población víctima de Pamplona y conocer las percepciones de las víctimas acerca de las barreras y accesibilidad a los servicios y programas del Plan Decenal de Salud Pública.

Se puede considerar que es un tipo de estudio exploratorio debido a que hay poca información acerca de la implementación del Plan Decenal de Salud 2012 – 2021 en Colombia, especialmente en lo relacionado con su componente “Víctimas del Conflicto Armado” de la dimensión transversal.

Diseño

Se considera descriptiva - transversal debido a que la investigación describe la implementación del Plan Decenal de Salud Pública durante la Alcaldía de Pamplona en el período 2016 – 2019. Con este diseño Liu, 2008 y Tucker, (2004) “se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (p.132). Hernández Sampieri et al., (2014). “Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (p.154).

Sujetos que participaron del estudio

Al ser un estudio cualitativo la muestra fue de tipo intencional y voluntaria (Pla, 1999). Se seleccionaron tres tipos de participantes con el propósito de realizar una triangulación de datos desde diferentes puntos de vista frente a la temática propuesta en el objetivo de esta investigación, por lo que se procuró “la inclusión de personas o unidades que representaran las características de la población de estudio para garantizar la riqueza de la información” Martínez-Salgado, (2012).

Los participantes se establecieron de la siguiente manera:

Tres funcionarios públicos o administradores de la política pública: aquellos encargados de implementar y liderar las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública en el municipio de Pamplona. Estos funcionarios contaban con poder de decisión y eran los principales ejecutores de la política. Su perspectiva fue relevante porque nos mostró la intención de cada estrategia y

como fue articulada en la ciudad, de acuerdo al contexto social. Los tres actores complementan la ejecución de las estrategias que a menudo son intersectoriales.

Tres líderes de organizaciones sociales que benefician a las víctimas: los líderes que participaron del estudio son los presidentes de las asociaciones de víctimas registradas en el municipio, las cuales propenden por sus derechos y por el cumplimiento de lo que establece la ley. Ellos mismos han sido víctimas y representan a las demás en comités y mesas de víctimas del conflicto armado. Algunos también son veedores las acciones gubernamentales por lo que se encuentran en mayor contacto con los administradores de la política y (se supone) que participan directamente de las decisiones concernientes a sus problemas. Es decir, son un canal entre los administradores públicos y las víctimas del conflicto armado. La percepción de estos actores sirve como contraste de lo que exponen los administradores públicos.

Tres víctimas del conflicto armado, residentes en Pamplona que no son líderes: las víctimas entrevistadas pertenecen a las asociaciones de víctimas, pero no participan directamente de las decisiones sino como beneficiarios de las mismas por lo que su perspectiva nos brinda otra mirada acerca de la implementación de la política estudiada.

Técnicas

La entrevista es una de las técnicas más utilizadas y representativas en los estudios cualitativos, por lo que fue escogida dado que con ella se podía recolectar la información por individuo para que fuera más honesta por parte de los actores que participaron de la política pública en salud estudiada. También porque gracias a ella, según, Díaz-Bravo et al., (2013), “se

obtiene información más completa y profunda, además presenta la posibilidad de aclarar dudas durante el proceso”.

Dentro de la clasificación de la entrevista se escogió la semiestructurada que tiene como fin conocer detalladamente los pensamientos o sentimientos de una persona de acuerdo a una temática o circunstancia específica (Bonilla Castro & Rodríguez Sehk, 1995). En esta investigación las preguntas que se realizaron estuvieron basadas en las estrategias del componente “Víctimas del Conflicto Armado Interno” del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021) para conocer las percepciones de los diferentes actores que participaron de su implementación.

Esta técnica de recolección de información fue útil porque permitió conocer prácticas sociales que no se pueden distinguir en los datos cuantitativos y que influyeron en la efectividad y calidad de las políticas públicas en salud (Díaz-Bravo et al., 2013).

Además, la entrevista semiestructurada Lucero, (2010) “facilita la libre manifestación de los sujetos de sus intereses informativos (recuerdo espontáneo), sus creencias (expectativas y orientaciones de valor sobre las informaciones recibidas) y sus deseos” (pág.53), lo que hace brotar relaciones y significados que posiblemente no sean percibidos a simple vista o no sean discutidos públicamente, por medio de otros métodos de recolección de información más estandarizados o estructurados, ya que a su vez parte de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados.

Respecto a esto último se realizaron nueve entrevistas, cada una con 28 preguntas que respondían a los objetivos específicos planteados. Estas preguntas fueron adaptadas al lenguaje de cada uno de los tres actores participantes de la implementación del Plan Decenal de Salud en el municipio por lo que se aplicaron tres técnicas de la siguiente manera:

Técnica uno. Entrevista a administradores de la política pública.

Estas entrevistas se realizaron a tres personas que lideraban los programas de salud y de víctimas del conflicto armado del municipio, quienes poseían el mayor conocimiento acerca de la implementación de las políticas estudiadas. Primero se les solicitó una cita y posteriormente se les dio a conocer el consentimiento informado con los objetivos y alcance del estudio, luego de esto aceptaron participar voluntariamente. Se fijaron nuevamente citas. Solo uno de los administradores contestó el cuestionario en dos momentos diferentes.

Las entrevistas se desarrollaron a finales del año 2019 en las respectivas oficinas de los funcionarios públicos con una duración de una a dos horas en promedio. Las preguntas de este cuestionario estaban formuladas en lenguaje técnico utilizado en el Plan Decenal de Salud y Plan de Desarrollo Municipal, el cual era de su pleno conocimiento, dadas las tareas y roles que desempeñan. (Ver Anexo A).

Esta entrevista constó de 28 preguntas clasificadas en cuatro categorías.

Técnica dos. Entrevista a líderes de las víctimas del conflicto armado del municipio.

El personero municipal facilitó para esta investigación los contactos de los líderes de las cuatro asociaciones de víctimas que existen en el municipio. Los tres participantes fueron seleccionados a conveniencia y aceptaron participar de manera voluntaria en la investigación. Al inicio del proceso fueron contactados de manera telefónica y luego se concertaron las citas; dos de ellas en establecimientos públicos y una en la casa de uno de los líderes. Las entrevistas tuvieron una duración de una hora y media a dos horas. Algunas se realizaron a finales de 2019 y otras en el primer trimestre de 2020 antes de la pandemia.

Las preguntas del cuestionario fueron las mismas que se les realizaron a los administradores públicos, pero su lenguaje fue modificado para facilitarles la comprensión de conceptos que pudieran ser complejos. De igual manera se les dio a conocer el consentimiento informado con los objetivos y alcance de la entrevista, el cual fue firmado, aceptando de esta manera participar de manera voluntaria en el proceso.

Estos actores se mostraron interesados en participar, dado el interés en los objetivos del estudio. (Ver Anexo B)

Técnica tres. Entrevista a las víctimas del conflicto armado del municipio que no son líderes.

Los líderes de las asociaciones que participaron del estudio postularon a un grupo de víctimas para ser entrevistadas. Tres de ellas se escogieron a conveniencia y aceptaron de manera

voluntaria participar del estudio. Las entrevistas se realizaron en sus respectivas casas entre finales de 2019 y el primer trimestre de 2020 antes de la pandemia.

Al principio la investigadora se contactó con ellos por teléfono y les explicó sobre qué trataba el estudio. Posteriormente se les mostró o leyó el consentimiento informado con los objetivos y el alcance de la investigación, el cual fue firmado con su puño y letra.

Las conversaciones duraron en promedio entre media hora y hora y media. Al igual que como ocurrió con los líderes algunos conceptos complejos fueron descritos en palabras más sencillas para facilitar la comprensión de algunas preguntas del cuestionario. El contacto con estas víctimas fue más difícil porque aducían falta de tiempo, sin embargo, se llevaron a cabo sin problema. (Ver Anexo C)

Categorías

Las categorías se establecieron luego de agrupar las preguntas que surgieron de las 20 estrategias esbozadas en el componente “Víctimas del Conflicto Armado Interno Colombiano” del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021).

Categoría I. Articulación de las estrategias del plan decenal de salud pública (2012 – 2021) en el plan de desarrollo municipal. En esta categoría se evalúa si el plan de desarrollo municipal incluye o articula las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021).

Desde esta perspectiva Cravacuore et al., afirma que “en la implementación concreta de las políticas públicas, la articulación se hace necesaria para transitar el camino entre una forma de gobernar jerárquica y centraliza a una basada en la cooperación y la horizontalidad” (2020).

Categoría II. Gestión institucional. En este apartado, Alvarado (como se citó por (Rodomiro, 2010), refiere por gestión institucional “como la aplicación de un conjunto de técnicas, instrumentos y procedimientos en el manejo de los recursos y desarrollo de las actividades institucionales”. En esta investigación concretamente fue definida como las acciones o trámites que, junto con otros, se llevan a cabo para implementar el Plan Decenal de Salud Pública en el municipio de Pamplona en cuanto recursos financieros, instituciones, talento humano, infraestructura y tecnología como lo plantea el mismo documento.

Categoría III. Accesibilidad y barreras de las víctimas para beneficiarse del Plan Decenal de Salud

Este estudio se refiere a *accesibilidad* como a aquellas facilidades que tienen las víctimas para recibir los servicios de salud y como *barreras* a aquellos obstáculos que les impiden acceder a estos programas y servicios (Frenk, 1985).

Categoría IV. Implementación del programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI)

En esta categoría se revisará la implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado PAPSIVI que constituye la línea técnica que le permite a los diferentes actores atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y

mental de las víctimas ocasionados por o en relación con el conflicto armado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario (incluido en éste los sujetos de reparación colectiva), con el fin de mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades.(Paulina et al., 2020).

Validez y confiabilidad

Mediante la triangulación poblacional con uso del consentimiento informado (formato de la Universidad de Pamplona) en el cual consta que no se laceró la dignidad de las víctimas, ni de ninguno de los sujetos de estudio (Ver anexo D). También se realizó un juicio de expertos (3) en la materia.

Juicio de expertos

Estas tres técnicas fueron valoradas por tres expertas con los siguientes perfiles: Yurany Mogollón, magíster en Paz, Desarrollo y Resolución de Conflictos, especialista en Psicología Clínica y psicóloga; Judith Patricia Morales Velandia, magíster en Enfermería, enfermera, experta en el desarrollo de técnicas de investigación; Sonia Carolina Mantilla, doctora en Ejercicio, Fisioterapia y Salud, magíster en Salud Pública, especialista en Pedagogía Universitaria y Fisioterapia. Las profesionales mencionadas son docentes ocasionales y de planta de la Universidad de Pamplona en su campus principal, a quienes se les explicaron los objetivos y metodología del estudio y en consecuencia firmaron el consentimiento informado como participantes del juicio de expertos.

A dos de las evaluadoras se les presentó el cuestionario impreso, sobre el cuál realizaron las respectivas correcciones a algunas preguntas. Sólo una de ellas realizó sus aportaciones en el formato digital.

Durante la primera revisión realizada por la magíster en Paz, Desarrollo y Resolución de Conflictos, se solicitó la mejora en la redacción de varias preguntas; en la segunda, la enfermera experta en técnicas de investigación solicitó cambiar el lenguaje utilizado especialmente para las entrevistas a líderes y víctimas del conflicto armado por considerarlas demasiado técnicas para esta población.

Finalmente, la última profesional realizó algunas correcciones menores a las preguntas de la primera categoría y consideró que las demás eran pertinentes. Cabe destacar que en cada una de las revisiones el cuestionario se iba mejorando hasta que se terminaron de incluir las mejoras de la última revisión, las cuales fueron enviadas para su valoración por el Comité de Ética de la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Pamplona. (Ver Anexo E)

Comité de ética

El 17 de octubre de 2019, la maestrante entregó de manera impresa al Comité de Ética de la Vicerrectoría de Investigaciones los siguientes requisitos: las copias de las cartas de inscripción y ejecución de la investigación, expedidas por el director del posgrado. También anexo la propuesta de investigación con las características del proyecto; tres técnicas de recolección de la información, cada una revisada por tres expertos diferentes y con el debido formato de consentimiento informado utilizado por la Vicerrectoría de Investigaciones. El 14 de noviembre de 2019 la propuesta fue avalada por dicho organismo. (Ver Anexo F)

Triangulación poblacional

El análisis de la información se realizó mediante el proceso de triangulación poblacional mediante una matriz que permitió la comparación de 28 respuestas de administradores de la política pública, 28 de líderes de las víctimas y 28 de víctimas que no son líderes y por tanto también sus perspectivas con el propósito de reafirmar la veracidad de los datos.

Adicionalmente se compararon estos datos con el Plan de Desarrollo del municipio 2016 – 2019 en el cual se estipularon las metas y acciones del municipio en salud. También se compararon con otros documentos como el Plan de Acción Territorial (PAT), que tiene cifras de las víctimas que participaron de las estrategias implementadas por la administración municipal; el Componente Operativo Anual de Inversiones (COAI) 2016 con información sobre inversión en salud; el Plan de Acción Salud (PAS) 2016 “La salud en nuestras manos” con las estrategias que se plantearon para su ejecución en el gobierno del ex alcalde Ronald Mauricio Contreras Flórez.

CAPÍTULO IV: RESULTADO Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentarán los resultados de las entrevistas realizadas a administradores de la política pública, a líderes de las víctimas del conflicto armado y a víctimas del conflicto armado que no son líderes.

Los resultados son presentados por un análisis de contenido que se visualiza mediante matrices de doble entrada. En ellas se describen la categoría, sus preguntas, sus transcripciones, las frases incompletas o palabras clave más representativas y las unidades de análisis producto de la comparación de las respuestas.

En la matriz los participantes se identifican de la siguiente manera:

A1, A2, A3: correspondiente a los administrativos.

L1, L2, L3: correspondiente a los líderes

V1, V2, V3: correspondiente a las víctimas.

Total de participantes: nueve

Al final de cada pregunta se desarrolló un análisis general y luego se realizó un análisis de todas las preguntas por cada categoría

Entrevista semiestructurada

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS DEL ESTUDIO:

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA (PDSP 2012 - 2021) EN VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN PAMPLONA

CATEGORÍA I. INCLUSIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA (2012 – 2021) EN EL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL

CATEGORÍA I – PREGUNTA No. UNO

Tabla 1.

Categoría I, pregunta No. uno: ¿De qué manera participó la comunidad víctima en la construcción de los planes territoriales en salud?

S	TRANSCRIPCIÓN DE LAS RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Para la construcción de los planes territoriales en salud, esto tiene una connotación de que tiene un eje participativo donde no solamente las víctimas, sino la población vulnerable, todos los sectores de grupos poblacionales participan y más en el tema de salud que abarca toda la comunidad. Se organizaron mesas de participación con representación de las víctimas.	<i>“Eje participativo”</i> <i>“Todos los sectores de grupos poblacionales”</i> <i>“mesas de participación con representación de las víctimas”</i>	Unidad uno - participación de diferentes sectores de la población en la construcción de los planes territoriales a través de mesas de trabajo: participaron diferentes sectores de la población en la construcción de los planes territoriales a través de
A.2	Cuando se inició el plan de desarrollo en el 2016, se hicieron durante los primeros 100 días de gobiernos, se hicieron unas reuniones de todas las mesas, asociaciones, veedurías que quisieran participar en el plan de desarrollo.	<i>“reuniones de todas las mesas, asociaciones, veedurías”</i> <i>“ellos participaron ... comentando las necesidades y</i>	

	<i>problemáticas que habían tenido con el gobierno anterior”.</i> <i>“Tuvieron la oportunidad ellos mismos a través de la mesa proponer las acciones”.</i> <i>“no salieron unilateralmente del gobierno”.</i> <i>“iniciativas de unidades productivas”.</i>	mesas de trabajo con de participación con víctimas, teniendo en cuenta las necesidades de la población (A.1, A.2, A.3).
A.3 Hace algunos años cuando se empezó a construir el plan territorial se hicieron unas mesas de trabajo en las cuales se identificaron diferentes grupos poblaciones y grupos según enfoque diferencial y se les hizo partícipe en la construcción de estos planes, y lo que se hizo también fue que se hizo una distribución de acuerdo pues a la priorización que requerían, bien sea por secretaria de gobiernos, por IPS, por APB, todos los actores involucrados en torno a la construcción de un plan acorde a las necesidades de la comunidad.	“Mesas de trabajo en las cuales se identificaron diferentes grupos poblacionales” “se hizo una distribución de acuerdo pues a la priorización que requerían” “participes en la construcción de estos planes”. “todos los actores involucrados en torno a la construcción de un plan acorde a las necesidades de la comunidad”	
L.1 No nos invitaron porque eso se hace una convocatoria por parte tanto de la mesa y como del gobierno municipal, a nadie le dijeron que iban a hacer el plan de desarrollo. No invitaron a las víctimas del conflicto armado como debería ser, porque ellas son las únicas que deberían decir que necesidades tiene la población. En este caso no se tomó en	“No nos invitaron”. “No invitaron a las víctimas”. “No se tomó en cuenta a ninguna clase de víctima”.	Unidad dos - _No hubo participación: Ninguno participó de la construcción de los planes territoriales en salud, ni se tuvo en cuenta las necesidades de las

	cuenta a ninguna clase de víctima y creo que ni si quiera a la mesa de participación de víctimas del municipio.	víctimas (L.1, L.2, L.3, V.1 V.2, V.3)
L.2	No participé	“No participé”
L.3	No señora, es que hace tres años yo no fui a la mesa, fui antes, porque me retiré, fui antes, pero después me retiré y hasta ahora volví.	“No señora”. “yo no fui a la mesa, fui antes, pero después de retiré...”
V.1	Pues del dicho al hecho hay mucho trecho y el problema es que se han intentado hacer las propuestas sobre todo en víctimas, pero no han sido tomadas en cuenta.	“se han intentado hacer las propuestas sobre todo en víctima” “no han sido tomadas en cuenta”
V.2	Pues la verdad desconozco el tema porque pertenezco a la mesa hace poco tiempo.	“Desconozco el tema”
V.3	No que yo sepa.	“No que yo sepa”

ANÁLISIS GENERAL DE LA PREGUNTA UNO

Las percepciones sobre la pregunta “¿De qué manera participó la comunidad víctima en la construcción de los planes territoriales en salud?” se clasificaron en dos unidades de análisis:

Primera unidad de análisis: participación de diferentes sectores de la población en la construcción de los planes territoriales a través de mesas de trabajo, (A.1, A.2, A.3), ejemplos: *“todos los sectores de grupos poblacionales”, “se organizaron mesas de participación con representación de las víctimas”, “ellos participaron ... comentando las necesidades y problemáticas que habían tenido con el gobierno anterior”, “se hicieron reuniones de todas las mesas, asociaciones, veedurías”, “se les hizo partícipe en la construcción de estos planes”*.

Unidad de análisis dos: No hubo participación (L.1, L.2, L.3, V.2, V.3), como se expone en las siguientes frases: *“no nos invitaron”, “no participé”, “no señora, es que yo hace tres años no fui a la mesa”, “pues la verdad desconozco el tema”, “No que yo sepa”, “se han intentado hacer las propuestas sobre todo en víctimas, pero no han sido tomadas en cuenta”; “no se tomó en cuenta a ninguna clase de víctima y creo que ni si quiera a la mesa de participación de víctimas del municipio”*. También se mostró que dos de las víctimas del conflicto desconocían por completo la construcción del plan territorial.

En conclusión, existe un evidente contraste entre lo que dicen los administradores de la política pública, los líderes de las víctimas y las víctimas del conflicto que no son líderes, ya que los administradores consideran que las víctimas sí participaron de las mesas de trabajo (A1, A.2, A.3), que se realizaron para construir los planes territoriales de salud, mientras que los líderes (L.1), (L.2), (L.3), afirmaron que ninguno participó y uno de ellos dice que ni siquiera fueron invitados (L.1). Al igual que los líderes, las víctimas dos y tres (V.1), (V.2), afirmaron no participar y además aseguran que desconocen el tema, sólo una de las víctimas afirmó que se han hecho propuestas, (V.1), pero al igual que el líder uno (L.1) considera que son tenidos en cuenta.

CATEGORÍA I – PREGUNTA No. DOS

Tabla 2.

Categoría I. Pregunta No. dos ¿Cuáles son las estrategias que el plan de desarrollo municipal contempla para la atención de víctimas del conflicto armado, de acuerdo al plan decenal de salud en cuanto a la posibilidad que tienen las víctimas de acceder a los servicios de salud

S	TRANSCRIPCIÓN DE LAS RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	En cuanto al acceso de la población víctima al servicio de salud en sus diferentes componentes, para la administración municipal, “el cambio en nuestras manos”, siempre es una prioridad garantizar el derecho y acceso a las víctimas del conflicto armado en temas de salud. Los prioriza en los diferentes programas en la actualidad se tienen afiliadas al régimen subsidiado cerca de mil ciento 87 víctimas del conflicto armado, pertenecen al régimen subsidiado, donde el municipio aporta recursos para su atención. Otras líneas como vacunación, los prioriza, en atención psicosocial que es un tema que se trabaja muy fuerte con ellos por las connotaciones del conflicto. En cuanto atención en adulto mayor, también se trabaja un tema muy fuerte. Siempre se trata en los diferentes programas de la administración municipal priorizar a la población víctima, dado a que uno de los parámetros de la ley de víctimas es que se puede llegar a trabajar con transversalidad, porque no solamente el programa de víctimas debe crear programas	<i>“Los prioriza en los diferentes programas en la actualidad...”.</i> <i>“otras líneas como vacunación, los prioriza, en atención psicosocial que es un tema que se trabaja muy fuerte con ellos”.</i> <i>“atención en adulto mayor, también se trabaja un tema muy fuerte”.</i> <i>“Siempre se trata en los diferentes programas de la administración municipal priorizar a la población víctima”.</i>	Unidad uno - acceso prioritario a programas transversales, servicios y jornadas de salud, aseguramiento: Articulación de las dimensiones del Plan Decenal de Salud, prioridad de las víctimas en los diferentes programas (por ejemplo: vacunación y atención psicosocial, adulto mayor o que hacen parte de los servicios que presta la EPS), universalización del aseguramiento en salud para las víctimas, ayuda

específicos “salud para la población víctima, “educación para población víctima”, no, el municipio para eso trabaja programas universales para toda la población. En el caso de la salud se trabaja por transversalidad, donde el municipio prioriza la atención a las víctimas en sus diferentes programas.	<i>“El municipio trabaja programas universales para toda la población. En el caso de la salud se trabaja por transversalidad”.</i>	humanitaria (A.1, A.2, A.3, L.1)
A.2 Nosotros tenemos la universalización del aseguramiento en salud para las víctimas; estamos constantemente verificando que la base de datos municipal, toda, esté asegurada en salud, a través de jornadas de salud que se realizan todos los años una vez al año. La segunda es articulándola con las otras dimensiones que todas tengan la garantía de las dimensiones del plan decenal de salud pública en cuanto a salud ambiental, salud nutricional, salud sexual y tratamos de que todos los programas sean transversales, precisamente “víctimas” hace parte de una de las dimensiones transversales que se llama dimensión transversal de poblaciones vulnerables y ahí están adulto mayor, niños, niñas y adolescentes, víctimas del conflicto y etnias.	<i>“la universalización del aseguramiento en salud para las víctimas”.</i> <i>“verificando que la base de datos municipal, toda, esté asegurada en salud”.</i> <i>“a través de jornadas de salud que se realizan todos los años una vez al año”.</i> <i>“La segunda es articulándola con las otras dimensiones en cuanto a salud ambiental, salud nutricional, salud sexual y tratamos de que todos los programas sean transversales”.</i>	
A.3 Como tal no le podría dar respuesta de que estrategias tiene la parte municipal, pero sí le podría respuesta desde el plan de intervenciones colectivas donde nosotros de acuerdo al enfoque diferencial hacemos una atención y una priorización de necesidades. Nosotros atendemos población víctima, población con discapacidad, colectivo LGTBI, madres jefe de hogar, manejamos todos estos enfoques con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida. Ya desde la prestación de los servicios pues se les prioriza de acuerdo a la normatividad vigente y también se les prestan todos los servicios que están incluidos en el pos. plan de intervenciones colectivas.	<i>“colectivas donde nosotros de acuerdo al enfoque diferencial hacemos una atención y una priorización de necesidades”.</i> <i>“Ya desde la prestación de los servicios pues se les prioriza de acuerdo a la normatividad vigente y también se les prestan</i>	

		<i>todos los servicios que están incluidos en el pos”.</i>	
L.1	Las víctimas por conflicto armado cuando llegan a personería o llegan a la oficina de gobierno, lo primero que tienen que hacer, si vienen desplazadas ya y han sido desplazadas de algún sitio, ellas tienen que decir “nosotras somos desplazadas de tal municipio, nosotros figuramos ya como desplazadas, nos venimos a vivir a la ciudad de Pamplona, tienen que actualizar su dirección para que la secretaria de gobierno o personería la envíe a Bogotá y verifique si realmente... entonces, esas víctimas o cuando llegan víctimas nuevas o que son revictimizadas, que llegan y dicen es que nosotros nos desplazaron de tal lugar y nos volvieron a desplazar, entonces el gobierno local que es el municipal tiene que mirar cuantas familias llegaron, o sea, si llegó un familiar, papá, mamá, hijos o si llegó una o si llegaron dos, ellos tienen que empezar a mirar y hacer la declaración por el hecho victimizante que viene, eso se envía a Bogotá, cuando ya son desplazadas, entonces simplemente se les hace el arreglo de la dirección donde están, que llegaron y se le dice al gobierno nacional “fulanito o Pepito Pérez llegó a la ciudad de Pamplona, él viene desplazado de tal lado, ya tiene la declaración; se pide la ayuda humanitaria, si es que se la dan, porque es que no están dando ni ayudas humanitarias. La dirección local de salud o personería lo que cumplen es eso, enviar los papeles que fulano de tal está aquí. Si la persona está desplazada por primera vez entonces ellos miran que le van a dar, si le van a dar mercado, el arriendo, la cama, bueno, los primeros auxi..., lo que se le da de primera vez, entonces ellos tienen que mirar que realmente son desplazados, empezando por eso porque la personería o la secretaria de gobierno tienen que actuar de buena fe, yo le digo a usted esto y ellos... pues simplemente se tiene que hacer su documentación y enviarla a Bogotá; se supone que cuando llegan lo primero que tienen que decirle ¿ustedes de dónde vienen?, ¿ustedes tienen sisbén? ¿tienen EPS? Entonces se	<i>“se pide la ayuda humanitaria, si es que se la dan, porque es que no están dando ni ayudas humanitarias”.</i> <i>“se les tiene que hacer el nuevo sisben que es el de la ciudad de Pamplona y hacerles el traslado... Eso lo tiene que hacer la oficina de gobierno o personería, personería muchas veces lo hace, oficina de gobierno a veces no lo hace, llegan y les dice “no, vayan a ya abajo a personería”,</i> <i>“toda persona que llegue a Pamplona independientemente, quien sea se tienen que sisbenizar”.</i>	Unidad dos- no hay estrategias, no se conocen o no se cumplen: Hay estrategias, pero no se cumplen, jornada de salud para víctimas, pero que no es suficiente (L.2, L.3, V.1, V.2, V.3).

les tiene que hacer el nuevo sisben que es el de la ciudad de Pamplona y hacerles el traslado geográfico de la EPS, si es otra EPS que no es del municipio, entonces tienen que renunciar a la EPS de allá, al sisben de donde vienen para poderse incluir aquí en sisbén y la eps. Eso lo tiene que hacer la oficina de gobierno o personería, personería muchas veces lo hace, oficina de gobierno a veces no lo hace, llegan y les dice “no, vayan a ya abajo a personería”, pero no les dicen, no los orientan, que tienen que ir y sacar sus sisben, ni les dicen sus derechos tampoco, nunca les hablan de sus derechos, ¿entonces? para concluirle esto, toda persona que llegue a Pamplona independientemente, quien sea se se tienen que sisbenizar. Automáticamente, si la persona no tiene una eps no lo van a atender porque obligatoriamente tiene que tener una eps.

L.2	Las estrategias han sido bastante grandes y bastante dinámicas, pero es algo que nunca se cumple en ninguno de los estamentos de acuerdo a localidad de salud que se está viviendo en nuestro municipio. No hay atención directa a las víctimas que se tiene que trasladar por sus propios medios a otras locaciones donde les puedan brindar un apoyo más profesional respecto a las necesidades de salud que se tienen.	<i>Las estrategias han sido bastante grandes y bastante dinámicas, pero es algo que nunca se cumple</i>
L.3	Sí, han hecho jornadas de salud, pero eso no alcanza a pasar toda la gente, traen por ahí un médico, un odontólogo, pero eso no es..., una jornada para tantas personas tiene que ser de varios días, no de un solo día.	<i>“Sí, han hecho jornadas de salud”</i>
V.1	Yo que recepcioné demasiadas quejas con respecto a eso. El municipio no hizo un aporte positivo a la población víctima, ¿por qué? porque se quedó muchísima gente sin atención. La población que iba llegando recién desplazada o que aún sigue llegando no está contando ni siquiera atención mínima, de decir le dolió la cabeza y listo ya hay atención. No ha habido, no se logró.	<i>“No ha habido, no se logró”.</i>
V.2	Por parte del ente municipal no conozco ninguna hasta el momento. Se han hecho jornadas de salud, la otra vez hicieron una jornada de vacunación en el parque y otra vez hicieron una	<i>“Por parte del ente municipal no conozco ninguna hasta el momento.</i>

jornada de salud creo que en el hospital o alcaldía para la población víctima y le hacían a los pacientes de las víctimas una valoración, como un chequeo y le brindaban atenciones médicas básicas.

Se han hecho jornadas de salud, la otra vez hicieron una jornada de vacunación en el parque y otra vez hicieron una jornada de salud”.

V.3 No conozco estrategias que tengan que ver con eso. Son muy raras las brigadas de salud dirigidas sola a víctimas y aparte de eso, esto a veces ni siquiera se tiene la información, por falta de información tampoco se accede a los servicio.

No conozco estrategias que tengan que ver con eso”.

ANÁLISIS GENERAL DE LA PREGUNTA DOS.

Las percepciones sobre la pregunta “¿Cuáles son las estrategias que el plan de desarrollo municipal contempla para la atención de víctimas del conflicto armado, de acuerdo al plan decenal de salud en cuanto a la posibilidad que tienen las víctimas de acceder a los servicios de salud?” se dividen en dos unidades:

Unidad uno: acceso prioritario a programas transversales, servicios y jornadas de salud, aseguramiento (A.1, A.2, A.3, L.1), ejemplos: *“los prioriza en los diferentes programas en la actualidad”, “siempre se trata en los diferentes programas de la administración municipal priorizar a la población víctima”, “hacemos una atención y una priorización de necesidades, ya desde la prestación de los servicios pues se les prioriza de acuerdo a la normatividad vigente...”; “a través de jornadas de salud que se realizan todos los años una vez al año”, “Sí, han hecho jornadas de salud”, “Se han hecho jornadas de salud, la otra vez hicieron una jornada de vacunación en el parque y otra vez hicieron una jornada de salud”, “se tienen afiliadas al régimen subsidiado cerca de mil ciento 87 víctimas del conflicto armado”, “Nosotros tenemos la universalización del aseguramiento en salud para las víctimas”, “toda persona que llegue a Pamplona independientemente, quien sea se tiene que sisbenizar”; “se pide la ayuda humanitaria, si es que se la dan, porque es que no están dando ni ayudas humanitarias”.*

Unidad dos: no hay estrategias, no se conocen o no se cumplen, (L.2, L.3, V.1, V.2, V.3), ejemplos: *“No ha habido, no se logró”, “No conozco estrategias que tengan que ver con eso”; “las estrategias han sido bastante grandes y bastante dinámicas, pero es algo que nunca se cumple”; “por parte del ente municipal no conozco ninguna hasta el momento. Se han hecho jornadas de salud, la otra vez hicieron una jornada de vacunación en el parque y otra vez hicieron una jornada de salud”.*

En conclusión, en esta muestra los administradores consideran que existen varias estrategias para garantizar el acceso a la salud de las víctimas, tales como el aseguramiento universal de las víctimas, (A.1, A.2), también el acceso prioritario a programas, servicio y jornadas de salud, (A.1, A.2, (A.3). Por otra parte, los líderes de las víctimas tienen percepciones diferentes, el líder uno (L.1) considera como estrategia el aseguramiento de las víctimas, el líder 2, considera hay estrategias, pero no se cumplen y la líder tres considera que una estrategia son las jornadas de salud. Sin embargo, los líderes (L.1, L.2), coinciden en que las estrategias existen, pero no se cumplen o al menos no en su totalidad, como en el caso de la asistencia humanitaria. Finalmente, las víctimas (V.1) (V.3) consideran que no hay estrategias o que no se conocen, mientras la víctima dos (V.2), dice que, aunque no conoce estrategias, reconoce que se han hecho jornadas de sal

CATEGORÍA I – PREGUNTA No. TRES

Tabla 2.

Categoría I, pregunta No. Tres ¿Conoce cuáles son estrategias de las dimensiones del plan decenal de salud pública que se llevan a cabo en la región específicamente en atención a víctimas del conflicto armado?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	De acuerdo a lo que está plasmado en el plan de desarrollo lo que te comentaba, atención psicosocial, vacunación, temas de p y p, temas de aseguramiento, todo ese tema está articulado tanto en el plan decenal que va armonizado, con nuestro plan de desarrollo y con nuestro plan de acción territorial.	<i>“atención psicosocial, vacunación, temas de p y p, temas de aseguramiento”</i>	Unidad uno - estrategias: Atención psicosocial, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, aseguramiento
A.2	Algunas se contratan con el hospital San Juan de Dios que son las dimensiones prioritarias y las otras las trabajamos acá por gestión a través de las diferentes acciones transversales. Una de las acciones transversales es la mesa del consejo municipal de política social, es una mesa donde tienen cabida todos los entes e instituciones del municipio y se habla de políticas sociales encaminadas a la reindivación de derechos, pero se hace principalmente enfocadas a la niñez, sin embargo se logró meter una mesa muy importante que es la mesa de comunidad diversa, donde también participan víctimas, donde empiezan ellos a expresar sus necesidades, a defender sus derechos y se creó este año una mesa que se llama “mesa de población	<i>“Una de las acciones transversales es la mesa del consejo municipal de política social”.</i> <i>“se logró meter una mesa muy importante que es la mesa de comunidad diversa, donde también participan víctimas”</i>	Mesa del consejo municipal de política social y mesa de comunidad diversa, jornadas de salud, redes sociales y comunitarias, tamizajes (A.1, A.2, A.3).

diversa” con diversidad de género, en esa mesa participan unas víctimas del conflicto y me pareció interesante darle ese enfoque también.

- A.3** Nosotros en este momento, como le mencionaba, desde el plan de intervenciones colectivas, manejamos las estrategias que están normadas desde la resolución 518 de 2015 y la resolución 3280 de 2018, las que tenemos este año dando operatividad como tal son: información en salud, conformación de redes sociales y comunitarias, tamizajes, el tamizaje está enfocado desde la parte de salud mental el SRQ, RQC, AUDIO, ASIS y tenemos valoración antropométrica, que es para identificar alguna alteración nutricional.
- Asimismo, manejamos una estrategia que son las jornadas integrales en salud, donde se buscaba atender a toda la población, independientemente de su curso de vida, su etnia, su enfoque diferencial, hacíamos la atención y se priorizaba que fueran todos los sectores municipales para lograr que sea integral

En este momento, nosotros ya ejecutamos 6 jornadas integrales en salud, las cuales se hicieron en terreno, es decir donde identificamos que había mayores problemáticas de salud, donde teníamos que llegar a intervenir, eso se hizo con base a las tensiones que se habían identificado previamente en el municipio, con tensiones nos referimos a donde estaban los problemas o había focos para atender, se planearon hace cuatro años.

Una de las jornadas se desarrolló en la vereda San Miguel, que recopila como tales siete sectores, siete veredas aledañas y la población asiste en gran cantidad, otra de las veredas que se prioriza fue la vereda Cimitarigua, Altogrande, Monteadentro, se hizo una urbana que es el sector de Cristo Rey, donde también sabemos que hay muchísima población y la gente accede a estos servicios y la última se desarrolló en Tencalá esas seis jornadas se desarrollaron durante este año, priorizando la

manejamos las estrategias que están normadas desde la resolución 518 de 2015 y la resolución 3280 de 2018, las que tenemos este año dando operatividad como tal son: información en salud, conformación de redes sociales y comunitarias, tamizajes, el tamizaje está enfocado desde la parte de salud mental el SRQ, RQC, AUDIO, ASIS y tenemos valoración antropométrica, que es para identificar alguna alteración nutricional.

“jornadas integrales en salud”

atención de la parte pos y plan de intervenciones colectivas y otras instituciones municipales ofreciendo la mejor calidad y oferta en los servicios.

Asimismo, todas las jornadas que se hicieron de valoración antropométrica, tamizaje nutricional, parte de salud mental y estrategias de información, se hicieron en terreno, primero se hizo una identificación de necesidades, se priorizó la comunidad de acuerdo a qué querían aprender, cómo lo querían aprender y que saberes tenían previos y posteriormente, se dio operatividad a todas las estrategias.

Son en terreno, se programan con la comunidad y con base a las agendas que ellos nos den, los profesionales se desplazan al sitio y realizan todas las intervenciones.

Si hablamos del plan de intervenciones colectivas, lo manejamos en la alta externalidad, es decir fuera de la institución, ya la parte pos tiene procesos educativos, informativos, toda la consulta médica integral por especialidad y todos los procesos de demanda inducida y educación a los usuarios.

- L.1** No hay estadísticas, ni estrategias como tal, no creo que las haya en el hospital, ni en la oficina de gobierno, ni en salud. Solamente se hacen ciertas..., dicen que viene la unidad, no la unidad sino la de Cúcuta o la gobernación, hacen unas capacitaciones y hacen una especie de brigada de salud, pero es solamente atraer a la gente, atraer a las víctimas y decirle a las víctimas, “bueno, las van a indemnizar, se les va a dar esto y esto, vamos a volver a tomar los datos para actualizar los datos...”, pero eso es solamente para legalizar lo de ellos, para legalizar la estadía en Pamplona y pues para legalizar unos dineros, porque usted llegan lo hacen firmar y sí, evidentemente tanto, pero la gente va con el fin de lo que le están diciendo, pero no realmente lo que debería ser que es decirle a la gente que tiene sus derechos, ustedes tienen salud,

“No hay estadísticas como tal, no creo que las haya en el hospital, ni en la oficina de gobierno, ni en salud. Solamente se hacen ciertas..., dicen que viene la unidad, no la unidad sino la de Cúcuta o la gobernación, hacen unas capacitaciones y hacen una especie de brigada de salud, pero es solamente atraer a la gente, atraer a las víctimas”.

Unidad dos – no hay estrategias: no hay estrategias como tal, pero si algunas acciones como brigadas o jornadas de salud o capacitaciones o no se cumplen (L.1, L.2, L.3, V.1, V.2, V.3)

	tienen derecho a psicólogo, a citologías, empezar a mirar año por año o semestralmente cuantas víctimas se han venido a hacer citologías, embarazos, primer año de salud en el joven, es decir eso no se está trabajando con las víctimas.	
L.2	Hay estrategias, pero como le digo no se cumplen.	<i>“Hay estrategias, pero como le digo no se cumplen”.</i>
L.3	Así estrategias no, solamente nos han hecho, todos los años hacen una jornada de salud ahí en el parque, no alcanzan las personas a pasar, por eso vienen un odontólogo y un médico, pero eso en un día no alcanza a pasar toda la gente. Es solo para víctimas, pero no, eso no alcanza la gente.	<i>“Así estrategias no, solamente nos han hecho, todos los años hacen una jornada de salud ahí en el parque, no alcanzan las personas a pasa”.</i>
V.1	No, ninguna.	<i>“No, ninguna”.</i>
V.2	Pues estrategia por parte del ente municipal no conozco ninguna hasta el momento.	<i>“Pues estrategia por parte del ente municipal no conozco ninguna hasta el momento”.</i>
V.3	No, no conozco	<i>“No, no conozco”.</i>

ANÁLISIS GENERAL DE LA PREGUNTA TRES

Las percepciones sobre la pregunta “¿Conoce cuáles son estrategias de las dimensiones del plan decenal de salud pública que se llevan a cabo en la región específicamente en atención a víctimas del conflicto armado?”, se dividen en tres unidades:

Unidad Uno: estrategias: (A.1, A.2, A.3), ejemplos: *“atención psicosocial, vacunación, temas de p y p, temas de aseguramiento”; “una de las acciones transversales es la mesa del consejo municipal de política social”; “se logró meter una mesa muy importante que es la mesa de comunidad diversa, donde también participan víctimas”; “manejamos las estrategias que están normadas desde la resolución 518 de 2015 y la resolución 3280 de 2018, las que tenemos este año dando operatividad como tal son: información en salud, conformación de redes sociales y comunitarias, tamizajes, el tamizaje está enfocado desde la parte de salud mental el SRQ, RQC, AUDIO, ASIS y tenemos valoración antropométrica, que es para identificar alguna alteración nutricional”; “jornadas integrales en salud”.*

Unidad Dos: no hay estrategias, sólo algunas actividades: (L.1, L.3, V.1, V.2, V.3), ejemplos: *“no hay estadísticas, ni estrategias como tal, no creo que las haya en el hospital, ni en la oficina de gobierno, ni en salud. Solamente se hacen ciertas..., dicen que viene la unidad, no la unidad sino la de Cúcuta o la gobernación, hacen unas capacitaciones y hacen una especie de brigada de salud, pero es solamente atraer a la gente, atraer a las víctimas”; “Hay estrategias, pero como le digo no se cumplen”; “así*

estrategias no, solamente nos han hecho, todos los años hacen una jornada de salud ahí en el parque, no alcanzan las personas a pasar; “no, ninguna”, “pues estrategia por parte del ente municipal no conozco ninguna hasta el momento”; “no, no conozco”

Las percepciones son diferentes entre los actores entrevistados. Los administradores (A.1, A.2, A.3) consideran que los programas de salud y prevención de la enfermedad, la conformación de mesas para la participación y las jornadas de salud son las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública que se llevaron a cabo en la región para la atención a las víctimas del conflicto armado. Sin embargo, dos de los líderes (L.1, L.3) manifestaron que, si bien se hacen ciertas actividades como capacitaciones y jornadas de salud, ellos no las consideran como estrategias, ni tampoco creen que sean efectivas, acerca de esto el líder (L.3) afirmó que, si hay estrategias, pero que no se cumplen. Por otra parte, las víctimas respondieron que no existen estrategias para ellas.

CATEGORÍA I– PREGUNTA No. CUATRO

Tabla 3.

Categoría I. Pregunta No. cuatro ¿Qué acciones dirige el municipio sobre la dimensión “salud ambiental” específicamente con las víctimas del conflicto armado?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	En salud ambiental eso lo articula la dirección local de salud y en coordinación con la coordinación de salud pública y lo que te contaba anteriormente, siempre se prioriza la atención a población víctima.	<i>“siempre se prioriza la atención a población víctima”.</i>	Unidad uno - _actividades para la tenencia responsable de mascotas, el lavado de manos y la manipulación limpia de alimentos, priorización de las víctimas, entre otros: Se prioriza a la población víctima y actividades para la tenencia responsable de mascotas, el lavado de manos y la manipulación limpia de alimentos, entre otros. (A.1, A.2, A.3)
A.2	Estamos contratando con el PIC, que es el Plan de Intervenciones Colectivas, actividades de caracterización de mascotas, para trabajar la tenencia responsable de mascotas. También trabajamos desde la dimensión ambiental, todo lo que tiene que ver con el acceso segura al agua, manipulación limpia de alimentos, con enfermedades que provienen del medio ambiente como son las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad diarrea aguada, todo desde el enfoque de prevención, lo que es lavado de manos, manipulación de alimentos, limpieza de las fuentes hídricas, verificación de la manipulación de alimentos en las escuelas, en el plan de alimentación escolar, pero una parte la contratamos y otra parte la hacemos por gestión. Desde gestión hicimos las visitas al PAE, para ver cómo fue manipulado el alimento de los niños. Desde el plan de intervenciones colectivas si mandamos a caracterizar todo lo que son mascotas,	<i>“trabajar la tenencia responsable de mascotas”</i> <i>“el acceso seguro al agua, manipulación limpia de alimentos”.</i> <i>“con enfermedades que provienen del medio ambiente”.</i> <i>“lavado de manos, manipulación de alimentos, limpieza de las fuentes hídricas, verificación de la manipulación de alimentos en las escuelas, caracterizar todo lo que son mascotas, animales</i>	

	animales que hayan agredido a personas y también educación en tenencia responsable. (7:05)	<i>que hayan agredido a personas”.</i>	
A.3	En salud ambiental dentro del municipio en este momento estamos enfocados en trabajar lo que refiere a técnicas de lavado de manos y manipulación de alimentos, esto se realiza tanto en el área urbana, como el área rural, trabajamos con la población en general independientemente de su curso de vida y su enfoque diferencial. Algo que olvidé en la parte anterior es lo relacionado con la tenencia responsable de mascota.	<i>lavado de manos y manipulación de alimentos la tenencia responsable de mascota.</i>	
L.1	Sino hacen lo anterior mucho menos lo de salud ambiental.	Sino hacen lo anterior mucho menos lo de salud ambiental.	• Unidad dos - no se han realizado acciones de salud ambiental o se desconocen: no hay actividades o no conocen (L.1, L.2, L.3, V.1, V.2, V.3)
L.2	En cuanto a esa situación nos vemos en un grave problema porque acá no se ha implementado, tenemos el caso de todo el alcantarillado, que está hecho un caos total, no hay ninguna calle que no huela a putrefacto de acuerdo a la calidad que se presenta por esa situación y esto conlleva a que se presenten virosis continuas en nuestro municipio y sobre todo a las víctimas que tienen que estar de un lado para otro tratando de subsistir. En fin, no se está cumpliendo con esa situación. (2:46)	no se ha implementado no se está cumpliendo con esa situación	
L.3	No, no conozco.	No, no conozco.	
V.1	Hasta el momento no se conoce ninguna acción.	no se conoce ninguna acción.	
V.2	Mmmn, por la parte de salud ambiental. En mi caso personal no se ha presentado ningún caso, ningún problema de salud ambiental, aquí en mi casa, no sé si en las demás víctimas del municipio se haya atendido un caso de esos. (5:39)	no sé si en las demás víctimas del municipio se haya atendido un caso de esos.	
V.3	Pues la verdad en salud ambiental el municipio no toma acciones contundentes, porque hay mucha contaminación ambiental, incluso hay mucho carro viejo en Pamplona botando humo, botando gases y todo eso nos tiene contaminado no solamente a víctimas, sino a todo el pueblo en general, entonces no toma acciones contundentes	no toma acciones contundentes	

ANÁLISIS GENERAL DE LA PREGUNTA CUATRO

Las percepciones sobre la pregunta “¿Qué acciones dirige el municipio sobre la dimensión “salud ambiental” específicamente con las víctimas del conflicto armado?” se dividen en tres unidades:

Unidad uno: actividades para la tenencia responsable de mascotas, el lavado de manos y la manipulación limpia de alimentos, priorización de las víctimas, entre otros, los participantes (A.1, A.2, A.3) *“siempre se prioriza la atención a población víctima”; “trabajar la tenencia responsable de mascotas”, “el acceso segura al agua, manipulación limpia de alimentos, con enfermedades que provienen del medio ambiente... lo que es lavado de manos, manipulación de alimentos, limpieza de las fuentes hídricas, verificación de la manipulación de alimentos en las escuelas..., caracterizar todo lo que son mascotas, animales que hayan agredido a personas y también educación en tenencia responsable”; “trabajar en lo que se refiere a técnicas de lavado de manos y manipulación de alimentos”, “lo relacionado con la tenencia responsable de mascota”.*

Unidad dos: no se han realizado acciones de salud ambiental o se desconocen (L.1, L.2, L.3, V.1, V.2, V.3), ejemplos: *“Sino hacen lo anterior mucho menos lo de salud ambiental”, “no se ha implementado...no se está cumpliendo con esa situación”, “No, no conozco”, “no se conoce ninguna acción”, “no sé si en las demás víctimas del municipio se haya atendido un caso de esos”, “no toma acciones contundentes”.*

En conclusión, los administradores A.2 y A.3 consideran que se han llevado a cabo actividades enfocadas en la tenencia responsable de mascotas, el lavado de manos y la manipulación limpia de alimentos, entre otras, sólo el administrador A.3 considera que se prioriza a las víctimas en esta dimensión, pero no describe las actividades realizadas. Por otra parte, los líderes y las víctimas consideran que no se ha hecho nada en esta dimensión o desconocen que actividades realiza la administración municipal.

CATEGORÍA I – PREGUNTA No. CINCO

Tabla 4.

Categoría I, pregunta No. cinco: ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión de “convivencia social y salud mental”, específicamente con las víctimas del conflicto armado?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	¿Convivencia social, en temas de prevención y protección? ..., en salud mental el tema de atención psicosocial, que es un fuerte qué de hecho, siempre que la persona o el propio familiar llega afectado en situación de desplazamiento o haber sufrido un hecho victimizante. En el marco de la inmediatez se les brinda las primeras atenciones psicosociales para que esa persona de una u otra manera pueda disminuir esa carga emocional.	<i>“se les brinda las primeras atenciones psicosociales para que esa persona de una u otra manera pueda disminuir esa carga emocional”.</i>	Unidad uno - acciones de convivencia social y salud mental: acciones en salud mental y convivencia social, primeras atenciones psicosociales, asesoría de las agencias de restablecimiento del departamento, promoción de la paz en los colegios con actividades artísticas y concursos, prevención de la violencia de género e intrafamiliar, suicidio o autolesiones y consumo de sustancias psicoactivas, cursos y capacitaciones en psicología y convivencia social (A.1, A.2, A.3, V.2, V.3)
A.2	En salud mental nosotros habíamos incluido en el plan la atención psicosocial como una de las líneas a trabajar en Pamplona, ya cuando empezamos a desarrollar el trabajo nos damos cuenta que Pamplona no es un municipio priorizado por no haber sido un epicentro de eventos victimizantes, sino más bien fue un sitio receptor de esa movilización que se hizo de víctimas que sufrieron desplazamiento, entonces, siendo Norte de Santander, un departamento con muchísimos antecedentes de conflicto armado y con muchísimos eventos de ese tipo, los dineros y todos los esfuerzos administrativos departamentales se concentraron en la zona del Catatumbo y en las zonas en donde más hubo presencia de grupos al margen de la ley.	<i>“no tuvimos la oportunidad de manejar el PAPSIVI que es un programa de atención psicosocial para víctimas”.</i> <i>“recibimos asesoría de la agencia de restablecimiento de atención de víctimas del departamento”.</i> <i>“trabajando en programas de promoción de la paz, de finalizaciones del conflicto a nivel de colegios y desarrollamos durante los</i>	

Entonces, al no estar priorizado Pamplona, no tuvimos la oportunidad de manejar el PAPSIVI que es un programa de atención psicosocial para víctimas, que queríamos desarrollar y que alcanzamos a plasmar en el Plan de Desarrollo, precisamente por no ser priorizado.

Sin embargo recibimos asesoría de la agencia de restablecimiento de atención de víctimas del departamento, y siempre estuvimos trabajando en programas de promoción de la paz, de finalizaciones del conflicto a nivel de colegios y desarrollamos durante los cuatro años un concurso de amor y paz, organizado por la Agencia de Restablecimiento para la normalización del proceso de conflicto y con ellas se desarrollaron a nivel de todos los colegios concursos de pintura, de canto y composición de cuentos con un énfasis en paz.

cuatro años un concurso de amor y paz, organizado por la Agencia de Restablecimiento para la normalización del proceso de conflicto y con ellas se desarrollaron a nivel de todos los colegios concursos de pintura, de canto y composición de cuentos con un énfasis en paz”.

A.3 En este momento estamos enfocados en unas metas que tenemos como tal para todo el cuatrenio, una de ellas es relacionada con violencia de género.

En violencia de género se desarrollan las jornadas y se hacen procesos de información enfocados en la prevención de la violencia.

Otro tema que también abordamos dentro de salud mental es relacionado con la prevención y atención integral de las diferentes formas de violencia, especialmente la violencia intrafamiliar.

Tenemos también la aplicación de tamizajes, donde identificamos de manera temprana signos y síntomas de enfermedad mental, se hace para toda la población.

Tenemos dos acciones dirigidas a lo que es la prevención de lesiones auto infringidas intencionalmente, o sea intentos de suicidio como tal y tenemos lo relacionado con

En violencia de género se desarrollan las jornadas y se hacen procesos de información enfocados en la prevención de la violencia.

Tenemos también la aplicación de tamizajes, donde identificamos de manera temprana signos y síntomas de enfermedad mental

prevención de lesiones auto infringidas intencionalmente, o sea intentos de suicidio

lo relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, sean lícitas o ilícitas

el consumo de sustancias psicoactivas, sean lícitas o ilícitas, esas son las metas y de ahí se desencadenan una serie de actividades para mejorar la calidad de vida de la población.

Las actividades son jornadas integrales, los tamizajes y procesos de información. Los procesos de información según la estrategia tienen 20 pasos metodológicos, donde cada uno debe ir acorde a la necesidad de la población y mirando pues que realmente lo que nosotros transmitimos de información sea oportuna y veraz para la comunidad.

L.1	No se está haciendo... porque ni siquiera se ha hecho caracterización de qué problemáticas tiene tanto niños, adultos y ancianos, no se está mirando ni siquiera con las entidades, porque debería el médico mirar a..., eso deberían hacerlo semestralmente lo que le estoy diciendo, hacerlo semestralmente. Hay 700, entre víctimas del conflicto armado y desplazados, mirar que secuelas hay de esos hechos entre la familia que convive con todos esos niños, en qué estado están esos niños, si están viviendo bien, quién les está colaborando, quien los está ayudando, no rectivimizar. Hay gente que conforma asociaciones a costillas de ellos y es para sacar plata a las ONG o a organizaciones para poder ayudar a esa gente y a esa gente realmente no la están ayudando. Ellos simplemente van y firman porque les dicen y hacen una reunión, vinieron tantos y firmaron, pero ellos no saben realmente que están firmando y ellos si se están lucrando con las víctimas.	<i>"No se está haciendo"</i> <i>"Ni siquiera se ha hecho caracterización de qué problemáticas tiene tanto niños, adultos y ancianos"</i>	Unidad dos- no se realizan acciones: no se están realizando acciones. (L.1, L.2, L.3, V.1). Unidad tres – no hay programas específicos para víctimas: A.2 y V.3
L.2	En el papel que se viene desarrollando por parte de la administración, pues es muy amplio, pero solamente es papel porque no se cumple, tenemos el caso de víctimas que están en una zozobra permanente, en una situación psicológica bastante difícil porque no hay atención para estas personas, para estas víctimas, lo lógico sería que si es el plan decenal de salud y si está incluido en el plan de	solamente es papel porque no se cumple, y no lo vienen realizando, no lo vienen cumpliendo como es.	

desarrollo nacional, departamental y municipal, es de estricto cumplimiento y no lo vienen realizando, no lo vienen cumpliendo como es.

L.3 Como eso lo hace, como que, eso lo hace la... hay alguien de salud que dirige eso, las situaciones de restauración o retardados mentales, ahí psico..., pues como muchas víctimas quedaron afectadas por el conflicto, hay una señora y un muchacho que quedaron (gesto) prácticamente de la cabeza. El municipio no dirige alguna acción.

El municipio no dirige alguna acción.

V.1 Ninguna, tampoco hay ninguna atención referente a la convivencia social y salud mental, no la hay.

¿Qué necesidades tienen en cuanto a lo que he mencionado?

Lo primero y lo primordial que debe tener una persona es el acceso a salud, teniendo el acceso a salud, el resto vienen por añadidura.

Lo segundo que se debe tomar en cuenta es el aspecto en cuanto a salud mental y la convivencia social, ¿por qué? nosotros no podemos seguir esperando a enfermarnos completamente de estrés postraumático como les está pasando a muchos, para recibir atención psicológica o la atención de un psiquiatra en casos muy extremos, no se puede esperar todo ese tiempo porque es muy compleja la situación, es muy delicada y se debe tener en cuenta que son personas que han sufrido traumas severos, hay hechos victimizantes que son en extremo muy, muy desgarradores.

Ninguna, tampoco hay ninguna atención referente a la convivencia social y salud mental, no la hay.

Obviamente es lo primero que se debe hacer, darle la atención, decirle venga, usted por qué hecho está aquí, atenderlo de la mejor manera.

Muchas veces uno llega allá con los nervios de punto, temblándole todo y resulta que uno llega y se encuentra con gente que lo que hace es pelearlo, tratarlo mal. Si yo entiendo que uno muchas veces no están del mismo genio todos los días, pero no es el hecho de que sigan tratando mal a las personas. Uno tiene que tener empatía y sentarse en el puesto del otro, ponerse en sus zapatos, tratar de entender esa situación.

V.2 Pues en la parte de salud mental, específicamente no conozco, pero en cuanto a convivencia social sí nos dan dictado cursos, capacitaciones, hicimos incluso un curso de reparación emocional con una psicóloga, hemos hecho varias capacitaciones en el auditorio ahí de la alcaldía dirigida a nosotros, dirigida a la población víctima, pero sobre todo de convivencia social.

“Pues en la parte de salud mental, específicamente no conozco”.

“pero en cuanto a convivencia social sí nos dan dictado cursos, capacitaciones, hicimos incluso un curso de reparación emocional con una psicóloga, hemos hecho varias capacitaciones en el auditorio pero sobre todo de convivencia social”.

V.3 Pues a ver, una capacitación de la Unidad de Víctimas con una psicóloga, donde bueno hacíamos trabajos en grupo, pero eso fue más bien para superar algunas cuestiones psicológicas, pero para la salud mental no conozco ningún programa, ni para víctimas, ni para otras personas, no conozco ningún programa sobre eso.

“una capacitación de la Unidad de Víctimas con una psicóloga”.

“pero para la salud mental no conozco ningún programa, ni para víctimas, ni para otras personas, no conozco ningún programa sobre eso”.

Respecto a convivencia social no se ha hecho ninguna actividad y hace falta.

*“Respecto a convivencia social
no se ha hecho ninguna
actividad y hace falta”.*

ANÁLISIS GENERAL DE LA PREGUNTA CINCO

Las percepciones sobre la pregunta “¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión de “convivencia social y salud mental”, específicamente con las víctimas del conflicto armado?” se dividen en tres unidades:

Primera unidad: acciones de convivencia social y salud mental: A.1, A.2, A.3, V.2, V3, mencionan diferentes acciones como, por ejemplo: *“se les brinda las primeras atenciones psicosociales para que esa persona de una u otra manera pueda disminuir esa carga emocional”, “recibimos asesoría de la agencia de restablecimiento de atención de víctimas del departamento”; trabajando en programas de promoción de la paz, de finalizaciones del conflicto a nivel de colegios y desarrollamos durante los cuatro años un concurso de amor y paz, organizado por la Agencia de Restablecimiento para la normalización del proceso de conflicto y con ellas se desarrollaron a nivel de todos los colegios concursos de pintura, de canto y composición de cuentos con un énfasis en paz”, “en violencia de género se desarrollan las jornadas y se hacen procesos de información enfocados en la prevención de la violencia”, “Tenemos también la aplicación de tamizajes, donde identificamos de manera temprana signos y síntomas de enfermedad mental”,*

“prevención de lesiones auto infringidas intencionalmente, o sea intentos de suicidio”, “lo relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, sean lícitas o ilícitas”; “nos dan dictado cursos, capacitaciones, hicimos incluso un curso de reparación emocional con una psicóloga, hemos hecho varias capacitaciones en el auditorio pero sobre todo de convivencia social”; “una capacitación de la Unidad de Víctimas con una psicóloga.

Segunda unidad: no se realizan acciones: L.1, L.2, L.3, V.1, ejemplos: *“no se está haciendo, ni siquiera se ha hecho caracterización de qué problemáticas tiene tanto niños, adultos y ancianos”; “solamente es papel porque no se cumple...no lo vienen realizando, no lo vienen cumpliendo como es”; “el municipio no dirige alguna acción”; “ninguna, tampoco hay ninguna atención referente a la convivencia social y salud mental, no la hay”.*

Tercera unidad: no hay programas específicos para las víctimas: A.2 y V.3, ejemplos: *“no tuvimos la oportunidad de manejar el PAPSIVI que es un programa de atención psicosocial para víctimas”; “pero para la salud mental no conozco ningún programa, ni para víctimas, ni para otras personas, no conozco ningún programa sobre eso”.*

En conclusión, los administradores (A.1, A.2, A.3) consideran que han realizado diferentes actividades relacionadas con la salud mental y la convivencia social, aunque uno de los administradores considera que no hay programas específicamente para las víctimas. Por otro lado, ninguno de los líderes y una de las víctimas (L.1, L.2, L.3 y V.1), cree que se estén realizando acciones de salud mental y convivencia social para las víctimas, incluso destacan la necesidad que existe dentro de esta población, mientras que

las víctimas (V.2, V.3), mencionan que algún momento asistieron a capacitaciones sobre estas temáticas. La víctima (V.3), señala que no existen programas de salud mental para las víctimas, ni para ninguna población.

Esta pregunta apertura percepciones de dos participantes un administrativo y una víctima (A.1, V.3), desde dos posturas diferentes que concluyen en la igualdad en cuanto a que los programas de salud mental y convivencia social están dirigidos a toda la población, sin discriminar que sean víctimas del conflicto armado, como lo estipula en la aplicabilidad **del Plan Decenal de Salud en su componente Víctimas del Conflicto Armado.**

CATEGORÍA I – PREGUNTA No. SEIS

Tabla 5.

Categoría I, pregunta No. Seis ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “seguridad alimentaria y nutricional” específicamente con las víctimas del conflicto armado?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Bueno en seguridad alimentaria y temas nutricionales, va enfocado más que todo a la niñez, en lo que nosotros como programa de víctimas le hacemos seguimiento a través de unos recursos que el municipio aporta a la bolsa de alimentación del plan de alimentación escolar, al PAE, específicamente. Eso en cuanto a la oferta municipal, pero hay que sumarle que somos Estado y que el bienestar familiar también atiende y se articula con el municipio para la atención de los niños en temas nutricionales en los centros, establecimientos que están bajo la responsabilidad del ICBF.	<i>“hacemos seguimiento a través de unos recursos que el municipio aporta a la bolsa de alimentación del plan de alimentación escolar, al PAE, específicamente”.</i> <i>“que el bienestar familiar también atiende y se articula con el municipio para la atención de los niños en temas nutricionales en los centros”.</i>	Unidad uno - acciones para la seguridad alimentaria y nutricional: Plan de Alimentación Escolar, articulación con el ICBF para la nutrición, estrategias para alimentación adecuada y lactancia materna [⊗] A.1, A.2, A.3).
A.2	En la dimensión de seguridad alimentaria estamos trabajando dos metas principales; una era eliminar la desnutrición en la primera infancia, para eso se hizo un trabajo de contratación con el Hospital San Juan de Dios, donde ellos tenían unas estrategias de alimentación adecuada.	<i>“se hizo un trabajo de contratación con el Hospital San Juan de Dios, donde ellos tenían unas estrategias de alimentación adecuada”.</i>	
	Todas estas contrataciones se llevaron a cabo en los cuatro años de gobierno con la ESE. Hospital San Juan de Dios, que es como la red pública y la meta era eliminar la	<i>se hicieron todas las actividades de promoción de la lactancia materna como un</i>	

desnutrición en la primera infancia y disminuir el sobrepeso y la obesidad en jóvenes y adultos; En Pamplona tuvimos ah, la otra meta es aumentar la lactancia materna, el tiempo de lactancia materna, lamentablemente Pamplona, tenemos un movimiento muy alto de población y es difícil hacerle seguimiento a las maternas, entonces por ejemplo quedan en embarazo las chicas de la universidad y ese embarazo pasan la dieta en su ciudad de origen, se van y para poderle hacer seguimiento a la lactancia materna que era nuestra meta, pues nos quedó muy complicado, el hacerle seguimiento a muchas personas que son muy flotantes.

También hay una deserción alta de la lactancia materna por motivos de trabajo, por motivo de la comercialización de las leches de fórmula y la meta no la alcanzamos, queríamos que las mujeres por lo menos duraran dando la lactancia exclusiva cuatro meses y no logramos sino dos meses y medio, durante los cuatro años que pudimos hacer seguimiento a la duración de la lactancia materna. Sin embargo, se hicieron todas las actividades de promoción de la lactancia materna como un alimento fundamental, se hicieron varios encuentros con las FAMIS, o sea nuestras aliadas principales son los grupos grandes que maneja familia en acción que es un programa que se lleva a nivel municipal, mas todos los programas del ICBF y a través de ellos pudimos promocionar y promover bastante la lactancia materna, aunque los resultados de impacto no fueron los esperados.

Nosotros tenemos una base de datos que es el Simat, que es el sistema de matrícula y ese sistema de matrícula tiene la forma de revisar cuantos chicos de la matricula hacen parte de víctimas del conflicto armado, afortunadamente el 100% están siendo beneficiadas con el programa de alimentación escolar, pero este seguimiento no lo hacemos nosotros, sino gobierno que es el encargado de la garantía de los derechos

alimento fundamental, se hicieron varios encuentros con las FAMIS, o sea nuestras aliadas principales son los grupos grandes que maneja familia en acción

“revisar cuantos chicos de la matricula hacen parte de víctimas del conflicto armado, afortunadamente el 100% están siendo beneficiadas con el programa de alimentación escolar”.

de las víctimas como función directiva de la mesa de víctimas.

- A.3** En seguridad alimentaria y nutricional, tenemos el componente de fortalecimiento de la lactancia materna exclusiva y complementaria, exclusiva hasta los seis meses, complementaria hasta los dos años y allí entramos a fortalecer todo lo que son instituciones amigas de la mujer y la infancia.

Otra de las estrategias que manejamos es la promoción de las guías alimentarias para mayores de dos años, se trabaja con todo lo que son estrategias del ICBF.

Asimismo, tenemos estrategias dirigidas a promover el ABC de la atención integral a la desnutrición aguda

Tenemos estrategias dirigidas a la información en la prevención de la desnutrición y promoción de guías alimentarias de acuerdo a las nuevas directrices del nivel nacional, se realiza también valoración antropométrica de acuerdo al curso de vida, se realiza en menores de cinco años, se realiza de 5 a 12 años, de 12 a 18 años y así hasta adulto mayor.

Tenemos también lo que es la promoción de hábitos alimentarios saludables y estilos de vida saludable, nutrición también se vincula dentro de las jornadas integrales en salud, donde se busca que toda la población acceda a los servicios, tenemos también otra estrategia que es la estrategia cinco al día y el plato saludable, plan A y reducción del consumo de sal, y finalmente tenemos lo que es relacionado con la elaboración del diagnóstico nutricional de cada una de las valoraciones que se realizaron, con el objetivo de determinar cómo están los indicadores a nivel local.

¿A qué se refiere en la primera estrategia con el fortalecimiento de las instituciones?

de fortalecimiento de la lactancia materna exclusiva y complementaria

Otra de las estrategias que manejamos es la promoción de las guías alimentarias para mayores de dos años, se trabaja con todo lo que son estrategias del ICBF.

*tenemos estrategias dirigidas a promover el ABC de la atención integral a la desnutrición aguda
Tenemos estrategias dirigidas a la información en la prevención de la desnutrición y promoción de guías alimentarias, se realiza también valoración antropométrica de acuerdo al curso de vida*

promoción de hábitos alimentarios saludables y estilos de vida saludable

la estrategia cinco al día y el plato saludable, plan A y reducción del consumo de sal, y finalmente tenemos lo

Cuando hablamos de IAMI en este momento estamos enfocados en la ESE Hospital San Juan de Dios, DONDE ya se cuenta como tal con el comité de IAMI y la idea es que podamos generar en la institución la sala de lactancia materna.

que es relacionado con la elaboración del diagnóstico nutricional

L.1 A ver, Bienestar familiar tenía un programa para las víctimas del conflicto armado donde les daban suplementos para las familias, para los niños y eso, eso lo monopolizaron, inclusive ni siquiera en los colegios o en la universidad que hay un restaurante para todos, pero se supone que las víctimas del conflicto armado tienen prioridad, lo que yo le estoy hablando que no hay prioridad, entonces eso no se están teniendo en cuenta ni siquiera en los colegios o por lo menos mirar esos niños que están creciendo, como están, si están nutridos o no están, o sea, eso se debía de pedir a bienestar familiar esa carta, decirle, bueno bienestar familiar usted que está haciendo por la nutrición de las víctimas del conflicto armado, Cuantas víctimas del conflicto armado tienen ustedes, yo creo que la última vez que yo fui me dijeron es que a nosotros ya no nos corresponde eso, entonces realmente las víctimas del conflicto armado no tienen ni siquiera la posibilidad de decir vamos donde un nutricionista que deberían tener un nutricionista para esa población.

Bienestar familiar tenía un programa para las víctimas del conflicto armado donde les daban suplementos para las familias, para los niños y eso, eso lo monopolizaron

“se supone que las víctimas del conflicto armado tienen prioridad, lo que yo le estoy hablando que no hay prioridad, entonces eso no se están tiene”

no se está teniendo en cuenta ni siquiera en los colegios o por lo menos mirar esos niños que están creciendo, como están, si están nutridos o no están

Unidad dos- Se hacen acciones, pero no hay prioridad para víctimas no hay prioridad para las víctimas en el programa de alimentación escolar, PAE, no se está haciendo nada o no se conoce: L.1, L.2, L.3, V.1, V.2, V.3.

L.2 3:31 Con las víctimas está contemplado de acuerdo a la ley 1448 que tienen la obligación, todos los entes departamentales y los entes municipales de cumplir con la alimentación de los niños sobre todo víctimas, en caso de su desarrollo normal, de adquirir sus proteínas y nutrientes necesarios, pero en diferentes ocasiones he tenido que ir a prácticamente a pelear para que esto se cumpla, porque el

en diferentes ocasiones he tenido que ir a prácticamente a pelear para que esto se cumpla

plan decenal de salud como es de amplio conocimiento para todos, eso es una alcancía para la corrupción tan inmensa que hay en nuestro municipio.

- L.3** No, que solamente por ahí en las escuelas es que les dan el almuerzo a los pelados, que se ha peleado que se les dé gratis porque por víctimas tenemos derecho a la alimentación los niños que estudian pues, porque de resto no. Ahí se da, cuando la ayuda de emergencia es que se les da alimento a las personas nada más.

solamente por ahí en las escuelas es que les dan el almuerzo a los pelados, que se ha peleado que se les dé gratis

Ahí se da, cuando la ayuda de emergencia es que se les da alimento a las personas nada más.

-
- V.1** 4:42 Mmm, pues amor, eso se podría decir que funcionó a medias, le digo que funcionó a medias, porque la seguridad alimentaria no se está dando, que se espera o que están haciendo los entes que recepcionan a la población víctima en el caso del municipio, ellos esperan a que la persona sea incluida para no darle la que llamamos la atención de emergencia o la ayuda de inmediatez, que eso consta en un mercado, unas ollas, una cama, unas cobijas, dependiendo de la necesidad que trae la persona, obviamente cuando usted es desplazado o es víctima de una tortura o es víctima de una violación, usted no va tener tiempo de ir a su casa a sacar todo, a qué hora se va trastear, eso es ilógico, generalmente les dan, que sé yo, 12 o 24 horas para que se desaparezcan, para no volverlos a ver, entonces eso no se está haciendo.

eso se podría decir que funcionó a medias, le digo que funcionó a medias, porque la seguridad alimentaria no se está dando, ellos esperan a que la persona sea incluida para no darle la que llamamos la atención de emergencia o la ayuda de inmediatez, que eso consta en un mercado

En cuando al PAE que es un programa que se maneja a los niños, que eso se articula con la gobernación, hay instituciones que la tienen y hay instituciones que no, el decir de los colegios es que los niños que tienen dinero no se comen el refrigerio, entonces se los vamos a quitar a todos.

En cuando al PAE que es un programa que se maneja a los niños, que eso se articula con la gobernación, hay instituciones que la tienen y hay instituciones que no, el

No señores, ese no es el hecho, hay que escoger los niños que sí tienen necesidades y que, si se toman el refrigerio, porque yo conozco casos de niños que muchas veces ni con un agua de panela se pueden venir, como se levantaron se alistaron, les tocó venirse.

Es injusto que el ente municipal no haya prestado la atención que se necesitaba para apoyar esos niños.

decir de los colegios es que los niños que tienen dinero no se comen el refrigerio, entonces se los vamos a quitar a todos.

yo conozco casos de niños que muchas veces ni con un agua de panela se pueden venir, como se levantaron se alistaron, les tocó venirse. ES injusto que el ente municipal no haya prestado la atención que se necesitaba para apoyar esos niños.

V.2 Esa parte sino conozco, no sé si el municipio habrá hecho algún, han colaborado con respecto a ese tema.

“Esa parte sino conozco”

V.3 Ninguna, ninguna acción o por lo menos no que yo conozca, en ese sentido el municipio no está haciendo nada para seguridad alimentaria, ni para calidad de vida, ni nada de eso.

“en ese sentido el municipio no está haciendo nada para seguridad alimentaria, ni para calidad de vida, ni nada de eso”.

Hace falta porque de todas maneras las víctimas aquí en Pamplona por lo menos, pues vivimos y nos acomodamos a lo que podamos diariamente, pero no tenemos un apoyo como tal que nos ayude para eso.

ANÁLISIS GENERAL DE LA PREGUNTA SEIS

Las percepciones sobre la pregunta “¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión de “seguridad alimentaria y nutricional” específicamente con las víctimas del conflicto armado” se dividen en tres unidades:

Primera Unidad: acciones para la seguridad alimentaria y nutricional: A.1, A.2, A.3, ejemplos: *“hacemos seguimiento a través de unos recursos que el municipio aporta a la bolsa de alimentación del plan de alimentación escolar, al PAE, específicamente”; “que el bienestar familiar también atiende y se articula con el municipio para la atención de los niños en temas nutricionales en los centros”; “se hizo un trabajo de contratación con el Hospital San Juan de Dios, donde ellos tenían unas estrategias de alimentación adecuada”; “se hicieron todas las actividades de promoción de la lactancia materna como un alimento fundamental, se hicieron varios encuentros con las FAMIS, o sea nuestras aliadas principales son los grupos grandes que maneja familia en acción”; “revisar cuantos chicos de la matrícula hacen parte de víctimas del conflicto armado, afortunadamente el 100% están siendo beneficiadas con el programa de alimentación escolar”; “fortalecimiento de la lactancia materna exclusiva y complementaria”; “otra de las estrategias que manejamos es la promoción de las guías alimentarias para mayores de dos años, se trabaja con todo lo que son estrategias del ICBF”, “tenemos estrategias dirigidas a promover el ABC de la atención integral a la desnutrición aguda, tenemos estrategias dirigidas a la información en la prevención de la desnutrición y promoción de guías alimentarias, se realiza también valoración antropométrica de acuerdo al curso de vida”; “promoción de hábitos alimentarios saludables y estilos de vida saludable”;*

la estrategia cinco al día y el plato saludable, plan A y reducción del consumo de sal, y finalmente tenemos lo que es relacionado con la elaboración del diagnóstico nutricional”.

Segunda Unidad: Se hacen acciones, pero no hay prioridad para las víctimas: L.1, L.2, L.3, V.1, ejemplos: *“Bienestar Familiar tenía un programa para las víctimas del conflicto armado donde les daban suplementos para las familias, para los niños y eso, eso lo monopolizaron”; “se supone que las víctimas del conflicto armado tienen prioridad, lo que yo le estoy hablando que no hay prioridad, entonces eso no se tiene”; “no se está teniendo en cuenta ni siquiera en los colegios o por lo menos mirar esos niños que están creciendo, como están, si están nutridos o no están”; “en diferentes ocasiones he tenido que ir a prácticamente a pelear para que esto se cumpla”, “solamente por ahí en las escuelas es que les dan el almuerzo a los pelados, que se ha peleado que se les dé gratis”, “eso se podría decir que funcionó a medias, le digo que funcionó a medias, porque la seguridad alimentaria no se está dando, ellos esperan a que la persona sea incluida para no darle la que llamamos la atención de emergencia o la ayuda de inmediatez, que eso consta en un mercado...”; “En cuando al PAE que es un programa que se maneja a los niños, que eso se articula con la gobernación, hay instituciones que la tienen y hay instituciones que no, el decir de los colegios es que los niños que tienen dinero no se comen el refrigerio, entonces se los vamos a quitar a todos”; “yo conozco casos de niños que muchas veces ni con un agua de panela se pueden venir, como se levantaron se alistaron, les tocó venirse. Es injusto que el ente municipal no haya prestado la atención que se necesitaba para apoyar esos niños”.* No hay acciones o se desconocen: V.1, V.2, ejemplos: *“esa parte sino conozco”, “en ese sentido el municipio no está haciendo nada para seguridad alimentaria, ni para calidad de vida, ni nada de eso”.*

Los administradores de la política pública (A.1, A.2, A.3) mencionan diversas acciones para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional tanto a la población en general, como a los niños víctimas del conflicto armado, tales como la implementación del Programa de Alimentación Escolar (PAE), la promoción y seguimiento de la lactancia materna y promoción de hábitos de alimentación saludable, entre otras. Sin embargo, los líderes de las víctimas del conflicto armado manifiestan que se ha tenido que pelear para que los niños víctimas del conflicto armado puedan acceder al PAE y que no existe prioridad para ellos. En la misma línea una de las víctimas (V.1) afirmó que el programa se ha cumplido a medias ya que en ocasiones no se entrega el mercado de la asistencia humanitaria y muchos niños se quedan sin alimentación escolar. Las demás víctimas (V.2, V.3) desconocen o afirman que no se han realizado dichas acciones.

CATEGORÍA I – PREGUNTA No. SIETE

Tabla 6.

Categoría I, pregunta No. siete: ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos”, ¿específicamente en víctimas del conflicto armado?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Con las víctimas, se trabaja ese tema... o sea, esto que me está preguntado, siempre no es solamente del programa de atención a víctimas, lo que se atiende a víctima, no es solamente lo que va focalizado a través de la secretaria de gobierno y en el caso de salud llámese salud pública o la dirección o todo el plan decenal salud, siempre se trabaja por transversalidad. En el tema de prevención en temas de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, eso lo articula directamente la dirección local de salud, claro está que ellos nos reportan, cuando ellos quieren hacer una actividad, claro está, ellos priorizan, pero si ellos en la línea del plan decenal tienen una línea específica, por decir, “brindar atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado a través de las diferentes estrategias,” una puede ser un taller, entonces se articulan con nosotros, convocamos a la comunidad y lo llevamos adelante. No necesariamente nosotros tenemos que estar inmersos en todas las actividades, sino que la dirección local de salud, adelanta las actividades, identifican la población víctima y nos reportan.	<i>“se trabaja por transversalidad”</i> <i>“No necesariamente nosotros tenemos que estar inmersos en todas las actividades, sino que la dirección local de salud, adelanta las actividades, identifican la población víctima y nos reportan”</i>	Unidad uno: acciones en salud sexual y reproductiva (en los colegios): A.1, A.2, A.3.
A.2	Nosotros trabajamos también por el PIC, se hizo la contratación en educación sexual. Casi que el 100% de las	<i>Casi que el 100% de las acciones van enfocadas es a</i>	

acciones van enfocadas es a prevenir y por eso es en las edades, en el inicio de la sexualidad, donde estamos apuntando, entonces, en los colegios, en la secundaria en todos los colegios municipales, se hacen acciones de intervenciones colectivas.

Las acciones que hemos hecho por gestión acá desde la oficina han sido de caracterización de las casas de lenocinio, que es en donde laboran las trabajadoras sexuales para verificar que ellas cumplan con la normatividad sanitaria, pero también quisimos ir un poco más allá, porque el fenómeno migratorio hizo que vinieran muchas trabajadoras sexuales de Venezuela y que estuvieran en situación irregular en todo sentido, tanto sanitario, como de legalidad de documentos. Entonces trabajamos de la mano con gobierno, con la inspección de policía, se hicieron pruebas rápidas de VIH, de hepatitis B y se hizo una caracterización de ellas, en donde más o menos pudimos controlar y caracterizar al menos quienes venían de otros lados y hacer la educación también en esos sitios del uso del preservativo, de las enfermedades de transmisión sexual, eso ya lo hicimos más por gestión, por control de riesgo.

prevenir... en los colegios, en la secundaria en todos los colegios municipales”.

“caracterización de las casas de lenocinio, que es en donde laboran las trabajadoras sexuales para verificar que ellas cumplan con la normatividad sanitaria”

“se hicieron pruebas rápidas de VIH, de hepatitis B y se hizo una caracterización de ellas (venezolanas)”

“hacer la educación también en esos sitios del uso del preservativo, de las enfermedades de transmisión sexual”

A.3 Bueno, cabe resaltar que las actividades que se desarrollan, las que le estoy mencionando son bajo la contratación que hace el municipio con el hospital para el plan de intervenciones colectivas. Allí principalmente trabajamos el tema de prevención de embarazo en adolescentes, se desarrollan diferentes actividades en las instituciones educativas, en las instituciones de salud a nivel municipal como tal, con el fin de disminuir lo que son las estadísticas de embarazo en adolescentes, allí también miramos todo lo que es planificación familiar, uso de preservativo, mortalidad materna y perinatal, la consulta pre concepcional, y la atención en cursos psicoprofilácticos.

“trabajamos el tema de prevención de embarazo en adolescentes, se desarrollan diferentes actividades en las instituciones educativas, en las instituciones de salud a nivel municipal como tal”

“miramos todo lo que es planificación familiar, uso de preservativo, mortalidad materna y perinatal, la consulta pre concepcional, y

Otro de los temas que trabajamos y que enfocamos a la población de 14 a 26 años es la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la sexualidad responsable y prácticas de autocuidado, asimismo incluimos dentro de esto lo que es población de riesgo como es población carcelaria y población LGTBI, donde lo que buscamos es que se promuevan los derechos sexuales y reproductivos, y a la vez se prevengan enfermedades de transmisión sexual.

También trabajamos con la fuerza pública, los estudiantes de la universidad, del ISER, empoderando a hombres y mujeres con el tema sexualidad responsable.

Son procesos de información, los procesos de información como lo mencione anteriormente tienen 20 pasos metodológicos, donde se hace la identificación de necesidades, qué saben, que no saben y después de eso se genera un plan de medios o cómo vamos a intervenirlos y ahí si se da la intervención como tal.

Un ejemplo los jóvenes dijeron que ellos querían que la intervención fuera mediante un stand donde se les dé la información con el modelo anatómico y entrega de preservativos, lo hacemos de esa manera, si ellos ya dicen que quieren un cine foro, lo hacemos de esa manera, o sea, la idea es que trabajemos con base a las necesidades de la población.

Este año se hicieron entrega de preservativos femeninos y masculinos dándole orientación de cómo es el uso adecuado mediante el modelo anatómico.

la atención en cursos psicoprofilácticos”

“la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la sexualidad responsable y prácticas de autocuidado, buscamos es que se promuevan los derechos sexuales y reproductivos

Este año se hicieron entrega de preservativos femeninos y masculinos dándole orientación de cómo es el uso adecuado mediante el modelo anatómico.

L.1 Hemos hablado con los colegios, tengo que había un proyecto piloto en un colegio para este programa no solamente para víctimas del conflicto armado, sino para toda

“pero ni el municipio, ni la gobernación, la gobernación

Unidad dos- hay acciones en salud sexual y reproductiva, pero no

la población, porque las adolescentes entre los 12 y 18 años o 17 años, esa es la edad de pubertad.

Habíamos hablado también para que, con el programa de víctimas del conflicto armado, nos sirviera para la infinidad de niñas que hay a veces en riesgo, que son niñas de padres separados o maltrato intrafamiliar que no se ha mirado porque también en las víctimas del conflicto hay maltrato intrafamiliar entre el hermano, el primo o el tío, hay muchas cosas que uno ve, pero ni el municipio, ni la gobernación, la gobernación trae unas personas para tal cosa, pero no lo hacen de fondo, o sea, eso de que yo voy a llevar un grupo de niñas y vamos hablar de sexualidad, entonces yo les decía a ellos y quería implementarlo el año pasado, empezar a capacitar cinco niñas y que esas niñas empezaran a decirle a las otras niñas mire hay enfermedades de transmisión sexual, hay embarazos indeseados, hay conflictos que le pueden acarrear después con el tiempo consecuencias psicológicas,

Pero eso no se hace, aquí no hay psicólogos clínicos que quieran ir a un colegio y decir vamos a ponernos a trabajar con estos alumnos. Es que en todos los colegios hay víctimas del conflicto armado, en todos.

Estos programas con víctimas del conflicto armado se podrían armar para que continuara para las víctimas del conflicto armado permanente, y ahí entra todo, no solamente las víctimas del conflicto armado, sino todo y eso les serviría a los psicólogos ¿por qué?, porque saben que están haciendo un trabajo y si uno quiere que a medida que la mentalidad de la sociedad, la mentalidad de estas jóvenes cambie, por qué es que ellas están a la expectativa de las cosas. Mire hay niñas que se van a hacer fiestas de 10 o 11 años, dízque a fiestas con trago y todo, yo no sé cómo se llaman es en las tardes, y se van las niñas y cambian de ropa

trae unas personas para tal cosa”

Llegan a las víctimas (L.1, L.2, L.3, V.1, V.2, V.3)

Pero eso no se hace, aquí no hay psicólogos clínicos que quieran ir a un colegio y decir vamos a ponernos a trabajar con estos alumnos. Es que en todos los colegios hay víctimas del conflicto armado, en todos.

y se van no sea donde, ¿entonces? eso es un conflicto no solamente..., de todo, eso lo podríamos meter por víctimas.

L.2 4:30 Se hacen diferentes campañas, y diferentes publicaciones en diferentes áreas, pero no llegan en sí a las víctimas, porque la mayoría de ellos no tiene acceso, ni conocimiento de cómo manejar una página web, ni a dónde dirigirse para encontrar alguna orientación, tanto que se ha dado el caso de que niñas víctimas han sido ultrajadas en su gran mayoría menores de 13 años, este fenómeno se viene constituyendo como un problema grave y muchas veces la familia por miedo, porque el bienestar familiar no está cumpliendo con sus funciones legales, sus obligaciones fundamentales, y se ha dado solamente hacer un secuestro de niños pero no a unas campañas directas de prevención y atención psicológica y social para los niños víctimas del conflicto.	<i>Se hacen diferentes campañas, y diferentes publicaciones en diferentes áreas, pero no llegan en sí a las víctimas, porque la mayoría de ellos no tiene acceso, ni conocimiento de cómo manejar una página web, ni a dónde dirigirse para encontrar alguna orientación</i> <i>se ha dado solamente hacer un secuestro de niños pero no a unas campañas directas de prevención y atención psicológica y social para los niños víctimas del conflicto.</i>
L.3 Ellos hacen charlas, ellos siempre hacen charlas en los colegios, nosotros en ningún momento nos han hecho ninguna advertencia, conocemos por lo que se ve en los colegios, los que sé.	<i>Ellos hacen charlas, ellos siempre hacen charlas en los colegios, nosotros en ningún momento nos han hecho ninguna advertencia</i>
V.1 Ninguno mi amor, ninguno y pues lamentablemente nos dejaron a nuestra deriva. Los programas si se necesitan y yo sé que se pueden hacer muchos programas, incluso se pueden hacer programas que no necesitan dinero, pero que pasa, que mientras no haya una persona que de verdad sienta empatía por la población víctima, no hay nada que hacer.	<i>Ninguno mi amor, ninguno y pues lamentablemente nos dejaron a nuestra deriva.</i>

V.2	Que yo sepa a la población víctima no les ha dictado acerca de ese tema.	<i>Que yo sepa a la población víctima no les ha dictado acerca de ese tema</i>
V.3	En ese sentido sino sé nada porque no conozco ningún programa al respecto, entonces no tengo ninguna opinión al respecto.	<i>“En ese sentido sino sé nada porque no conozco ningún programa al respecto”</i>

ANÁLISIS GENERAL DE LA PREGUNTA SIETE

Las percepciones sobre la pregunta “¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión de “Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos” específicamente con las víctimas del conflicto armado” se dividen en tres unidades:

Primera Unidad: acciones en salud sexual y reproductiva: A.1, A.2, A.3, mencionan que se han realizado diversas actividades, ejemplos: *“se trabaja por transversalidad”; “No necesariamente nosotros tenemos que estar inmersos en todas las actividades, sino que la dirección local de salud, adelanta las actividades, identifican la población víctima y nos reportan”; “casi que el 100% de las acciones van enfocadas es a prevenir... en los colegios, en la secundaria en todos los colegios municipales”; ““caracterización de las casas de lenocinio, que es en donde laboran las trabajadoras sexuales para verificar que ellas cumplan con la normatividad sanitaria”; “se hicieron pruebas rápidas de VIH, de hepatitis B y se hizo una caracterización de ellas (venezolanas); “hacer la educación también en esos sitios (casas de lenocinio) del uso del preservativo, de las enfermedades de transmisión sexual”; “trabajamos el tema de prevención de embarazo en adolescentes, se desarrollan diferentes actividades en las instituciones*

educativas, en las instituciones de salud a nivel municipal como tal”; “miramos todo lo que es planificación familiar, uso de preservativo, mortalidad materna y perinatal, la consulta pre concepcional, y la atención en cursos psicoprofilácticos”. “la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la sexualidad responsable y prácticas de autocuidado”, “buscamos es que se promuevan los derechos sexuales y reproductivos”; “este año se hicieron entrega de preservativos femeninos y masculinos dándole orientación de cómo es el uso adecuado mediante el modelo anatómico”.

Segunda Unidad: hay acciones, pero no llegan a las víctimas: L.2, L.3, ejemplos: *“se hacen diferentes campañas, y diferentes publicaciones en diferentes áreas, pero no llegan en sí a las víctimas, porque la mayoría de ellos no tiene acceso, ni conocimiento de cómo manejar una página web, ni a dónde dirigirse para encontrar alguna orientación”; “se ha dado solamente hacer un secuestro de niños, pero no a unas campañas directas de prevención y atención psicológica y social para los niños víctimas del conflicto”; “ellos hacen charlas, ellos siempre hacen charlas en los colegios, nosotros en ningún momento nos han hecho ninguna advertencia”.* No hay acciones en salud sexual y reproductiva o se desconocen: L.1, V.1, V.2, V.3, ejemplos: *“pero ni el municipio, ni la gobernación, la gobernación trae unas personas para tal cosa”; “pero eso no se hace, aquí no hay psicólogos clínicos que quieran ir a un colegio y decir vamos a ponernos a trabajar con estos alumnos. Es que en todos los colegios hay víctimas del conflicto armado, en todos”; “ninguno mi amor, ninguno y pues lamentablemente nos dejaron a nuestra deriva”; “que yo sepa a la población víctima no les ha dictado acerca de ese tema”; “En ese sentido sino sé nada porque no conozco ningún programa al respecto”.*

En conclusión, los administradores mencionan algunas acciones transversales en las que afirman que se incluyen víctimas del conflicto armado o diferentes poblaciones vulnerables (A.1, A.2, A.3). Sin embargo, dos de los líderes manifestaron que se realizan actividades pero que no llegan a las víctimas, ya sea porque no cuentan con medios como internet o porque se dirigen meramente en los colegios (L.2, L.3), otro de los líderes manifestó que no se han realizado acciones y que no se toman en cuenta las propuestas sobre el tema y de igual manera todas las víctimas manifestaron que no hay acciones en salud sexual o reproductiva o las desconocen (V.1, V.2, V3).

CATEGORÍA I – PREGUNTA No. OCHO

Tabla 7.

¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “Vida saludable y enfermedades no transmisibles”, específicamente en víctimas del conflicto armado?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Ahí te doy la misma respuesta, te seguiré dando todas las respuestas lo mismo, porque todo es por transversalidad. Si tú me preguntas un tema de educación, yo te voy a llegar a decir que, para la educación, el municipio es descentralizado, o sea, la educación la maneja el departamento, pero que sí bien es cierto el departamento maneja la población estudiantil del municipio, ellos nos reportan cuantas víctimas tienen los establecimientos educativos. ¿por qué? Porque por gratuidad el municipio aporta unos recursos, ¿cuántos niños están en el PAE? ¿por qué? por qué el municipio aporta un recurso. En los temas que aporta el municipio el transporte escolar, cuántas víctimas se benefician ahí.	<i>“te seguiré dando todas las respuestas lo mismo, porque todo es por transversalidad”.</i>	Unidad uno - actividades de promoción de la salud, control y prevención de enfermedades no transmisibles, por transversalidad, acciones de promoción, control y prevención: A.1, A.2, A.3, V.1.
A.2	En las no transmisibles trabajamos todas las enfermedades crónicas prevalentes del adulto, que son las que desencadenan las enfermedades cardiovasculares, cardio respiratorias, y para eso se trabajó hábitos y estilos de vida saludable, se trabajaron control de la tensión arterial y control de la diabetes como dos enfermedades crónicas que ya una vez se detectan por lo menos que sean controladas, esas son las actividades masivas que se hicieron con los adultos mayores que son los grupos que nosotros manejamos, que son más de 1000 adultos mayores, con las familias en acción, con las asociaciones que nosotros manejamos y conocemos	<i>“se trabajó hábitos y estilos de vida saludable, se trabajaron control de la tensión arterial y control de la diabetes, esas son las actividades masivas que se hicieron con los adultos mayores”.</i> <i>“nosotros ejecutamos un plan de medios, en donde a través</i>	

para tratar de manejar grupos y lo que es ya de gestión individual, estuvimos de la mano del hospital san juan de dios revisando las bases de datos de las personas que nosotros canalizábamos desde cada uno de esos grupos para ver si el grupo de control se incrementaba y conseguimos un incremento en los grupos de control, aumentando los hipertensos controlados, entonces entregamos una población más controlada que la que recibimos en el 2016.

Dentro del contrato hay unos términos en donde ellos deben conseguir una meta numérica, de acuerdo a lo que ellos avancen bimestralmente se les va revisando con soportes y con una guía de paso a paso que ellos deben hacer porque es que la contratación del plan de intervenciones colectivas tiene unas guías técnicas que deben surtir unos paso a pasos, por ejemplo para educación y comunicación en salud tienen que cumplir unos paso a s y esos paso a pasos a su vez traen unos soportes, nosotros le ponemos una meta y si ellos lo logran realizar antes del término del contrato se les va autorizando los pagos y nosotros alternamente mientras ellos van haciendo las acciones colectivas, hacemos acciones masivas del control...por ejemplo, ¿estamos hablando ya de las transmisibles o de las no transmisibles?, sí, las no transmisibles por ejemplo a nivel municipal, nosotros ejecutamos un plan de medios, en donde a través de los medios de comunicación masificamos instrucciones por ejemplo tenemos la página de la alcaldía, la página del Facebook, nuestro programa de RTP, que es un programa contratado por la dirección local de salud, que es un medio de comunicación local, entonces a través de estos medios de comunicaciones desarrollamos una estrategia de educación y comunicación para la salud en este caso nos concentramos en las enfermedades crónicas prevalentes del adultos que son las que están desencadenando las muertes en Pamplona, como son la diabetes, la hipertensión, las enfermedades que vienen del sedentarismo, de la mala alimentación, de bueno, todo

de los medios de comunicación masificamos instrucciones”.

“desarrollamos una estrategia de educación y comunicación para la salud en este caso nos concentramos en las enfermedades crónicas prevalentes del adulto”.

eso, entonces a través de un plan de medios en cada programa tratamos de dejar tips de prevención, de promoción de la salud.

A.3 Desde vida saludable y enfermedades no transmisibles trabajamos todo lo que es la parte de enfermedades crónicas no transmisibles como lo es la diabetes, la hipertensión y cáncer como tal y también trabajamos todo el componente de salud bucal, visual y auditiva. Desde allí se manejan diferentes actividades informativas, donde manejamos los temas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, salud visual, bucal y auditiva, prevención de la diabetes mellitus y trabajamos también con las personas que ya tienen un diagnóstico como tal, control de la enfermedad, consumo de tabaco y alcohol, hipertensión arterial, detección temprana de la hipertensión, plan A como tal, trabajamos la prevención del tumor maligno de mama, prevención del cáncer de cuello uterino como tal, prevención del cáncer de próstata y prevención del cáncer de estómago, todo esto lo hacemos muy ligado con lo que es salud mental y con lo que es nutrición porque sabemos que para poder enfocar a una persona en prevención de una enfermedad no transmisible tenemos que mejorar hábitos y estilos de vida saludable, entre ellos la alimentación y también el componente de salud mental es muy importante porque ya tenemos un comportamiento instaurado.

Bueno, si nosotros dentro de la meta tenemos un ejemplo, abordar el 5% de los hombres de 18 a 64 años, sacamos la estadística que serían 372 hombres en esta vigencia, lo que hacemos es que miramos en cuantos grupos o en cuantos encuentros vamos abordar esos 372, generalmente son 6 o hasta 10 encuentros, porque sabemos que la población no asiste de manera masiva y también miramos que sean encuentros más bien pequeños para que logremos intervenir realmente a las personas y mirar si requieren alguna canalización a los servicios de salud.

“se manejan diferentes actividades informativas, donde manejamos los temas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, salud visual, bucal y auditiva, prevención de la diabetes mellitus”.

trabajamos también con las personas que ya tienen un diagnóstico como tal, control de la enfermedad, consumo de tabaco y alcohol, hipertensión arterial, detección temprana de la hipertensión”.

“trabajamos la prevención del tumor maligno de mama, prevención del cáncer de cuello uterino como tal, prevención del cáncer de próstata y prevención del cáncer de estómago”.

“miramos que sean encuentros más bien pequeños para que logremos intervenir realmente a las personas y mirar si requieren

Si nosotros en una jornada identificamos que hay un niño con desnutrición, lo valora la nutricionista del PIC y a la vez hace la canalización directamente al servicio pos para que para que se le puedan entregar suplementos, para que se pueda hacer el proceso de atención, para que la EPS también se haga cargo de este niño y pueda lograr la recuperación. Si identificamos que un paciente con alteración mental, igualmente lo referimos o lo canalizamos al servicio de salud con el objetivo de que allí se haga la atención, se le brinde todo lo que requiera y se mejore su condición de vida como tal.

Cualquier persona puede asistir a las jornadas de salud e incluso población migrante.

alguna canalización a los servicios de salud”.

“hace la canalización directamente al servicio pos para que para que se le puedan entregar suplementos, para que se pueda hacer el proceso de atención”.

L.1 Pues el hospital atiende a toda la población, igual en el hospital no tienen estadísticas de cuantos desplazados con hipertensión y eso, o sea, atienden a la población como tal, pero lo que yo le estoy diciendo, no hay ninguna prioridad, ni ninguna estadística que diga estas personas son desplazadas hay que hacerle un seguimiento aparte, ¿por qué?, porque así lo dice la ley.

“no hay ninguna prioridad, ni ninguna estadística que diga estas personas son desplazadas hay que hacerle un seguimiento aparte”.

Unidad dos: las acciones en Pamplona son limitadas, se desconocen
o: L.1, L.2, L.3, V.1, V.2.

L.2 Vuelvo y le recalco, para una buena atención las víctimas tienen que trasladarse a otro municipio, porque acá el sistema de salud es bastante precario, si usted va a hacer un análisis o una encuesta en el hospital va a mirar que un 70% de la atención es para venezolanos para la población colombiana es muy limitada, y siempre van por lo mismo, acetaminofén y dolex, entonces eso no es una atención primordial para esa situación y prevención.

“para una buena atención las víctimas tienen que trasladarse a otro municipio, porque acá el sistema de salud es bastante precario”.

¿en cuanto a eso, el municipio apoya de alguna manera el traslado de las víctimas hacia Cúcuta?

“si usted va a hacer un análisis o una encuesta en el hospital va a mirar que un 70% de la atención es para venezolanos para la población colombiana es muy limitada”.

Desgraciadamente no, muchas de las víctimas hemos tenido que hacer en diferentes ocasiones vacas para colaborar con los traslados y toda esa situación, porque la administración se cerró solamente a hacer corrupta, a hacer lo que empezó

desde un principio, tanto que por el rubro de víctimas que se enajenó el señor alcalde, Ronald, me vi en la necesidad de hacer llegar estas demandas a la comisión de seguimiento del senado de la república, comisión de seguimiento de la ley de víctimas, para que actuara, porque de otra manera, entonces hay estaría normal como si nada, este municipio ha sido aporreado por la constante corrupción de los últimos alcaldes en cuanto a la atención de víctimas, porque solamente les dicen fírmeme y les dan cualquier pendejada y ellos se quedan con un montón de cosas que nunca les entregan a las víctimas.

L.3	No, yo nunca había escuchado, uno siempre va es a las ARS, ahí no porque yo soy hipertensa y diabética.	<i>“uno siempre va es a las ARS, ahí no porque yo soy hipertensa y diabética”.</i>
V.1	La desconozco, yo desconozco que hagan esas atenciones.	<i>“la desconozco, yo desconozco que hagan esas atenciones”</i>
V.2	En cuanto a esa parte enfermedades y eso no hemos tenido ninguna capacitación, pues por parte del municipio que yo sepa a la población víctima no le han dado ninguna charla, o ninguna conferencia	<i>“En cuanto a esa parte enfermedades y eso no hemos tenido ninguna capacitación”.</i>
V.3	Pues digamos que el sistema de salud tiene actividades físicas, por lo menos ejercicios una vez por semana en el hospital y bueno el control normal que por lo menos yo en mi caso asisto al control normal, porque yo soy hipertensa, entonces asisto a los controles y me mandan mi medicamento, yo me tomo mi medicamento, eso es lo que el digamos que el hospital tiene para prevención.	<i>“Pues digamos que el sistema de salud tiene actividades físicas, por lo menos ejercicios una vez por semana en el hospital y bueno el control normal”.</i>
	Digamos que pues es excelente no es, pero al menos hacen algo, lo único donde se falla ahí o donde falla la salud, es que le receta a uno el médico tratante un medicamento y si no lo hay, pues uno tiene que comprarlo a parte, muchas veces el medicamento no se da completo y va uno un mes, dos meses y no, no ha llegado, entonces la entidad de salud incumple con esa obligación.	<i>“me mandan mi medicamento, yo me tomo mi medicamento, eso es lo que el digamos que el hospital tiene para prevención”.</i> <i>“donde falla la salud, es que le receta a uno el médico</i>

tratante un medicamento y si no lo hay, pues uno tiene que comprarlo”.

ANÁLISIS GENERAL DE LA PREGUNTA OCHO

Las percepciones sobre la pregunta “¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión de “Vida saludable y enfermedades no transmisibles” específicamente con las víctimas del conflicto armado” se dividen en tres unidades:

Primera Unidad: Actividades de promoción de la salud, control y prevención de enfermedades no transmisibles: A.1, A.2, L.1, V.3, ejemplos: “se trabajó hábitos y estilos de vida saludable, se trabajaron control de la tensión arterial y control de la diabetes, esas son las actividades masivas que se hicieron con los adultos mayores”; “nosotros ejecutamos un plan de medios, en donde a través de los medios de comunicación masificamos instrucciones”; “desarrollamos una estrategia de educación y comunicación para la salud en este caso nos concentramos en las enfermedades crónicas prevalentes del adulto”; “se manejan diferentes actividades informativas, donde manejamos los temas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, salud visual, bucal y auditiva, prevención de la diabetes mellitus”; “trabajamos también con las personas que ya tienen un diagnóstico como tal, control de la enfermedad, consumo de tabaco y alcohol, hipertensión arterial, detección temprana de la hipertensión”; “trabajamos la prevención del tumor maligno de mama, prevención del cáncer de cuello uterino como tal, prevención del cáncer de próstata y prevención del

cáncer de estómago”; “miramos que sean encuentros más bien pequeños para que logremos intervenir realmente a las personas y mirar si requieren alguna canalización a los servicios de salud”; “hace la canalización directamente al servicio pos para que para que se le puedan entregar suplementos, para que se pueda hacer el proceso de atención”; “Pues digamos que el sistema de salud tiene actividades físicas, por lo menos ejercicios una vez por semana en el hospital y bueno el control normal... me mandan mi medicamento, yo me tomo mi medicamento, eso es lo que el digamos que el hospital tiene para prevención”; “uno siempre va es a las ARS, ahí no porque yo soy hipertensa y diabética”.

Segunda Unidad: las acciones son limitadas: L.1, L.2, ejemplos: *“no hay ninguna prioridad, ni ninguna estadística que diga estas personas son desplazadas hay que hacerle un seguimiento aparte”; “para una buena atención las víctimas tienen que trasladarse a otro municipio, porque acá el sistema de salud es bastante precario”, “si usted va a hacer un análisis o una encuesta en el hospital va a mirar que un 70% de la atención es para venezolanos para la población colombiana es muy limitada”. No hay acciones o se desconocen: V.1, V.2, ejemplos: *“la desconozco, yo desconozco que hagan esas atenciones”; “en cuanto a esa parte enfermedades y eso no hemos tenido ninguna capacitación”.**

En conclusión, los administradores de la política pública (A.1, A.2, A.3) mencionan diferentes actividades en promoción de la salud, prevención y control de enfermedades no transmisibles como la diabetes o la hipertensión realizadas con el apoyo del hospital San Juan de Dios de Pamplona. Sin embargo, aunque los líderes (L.1, L.2) reconocen que el hospital brinda atención para estas enfermedades consideran que no hay prioridad para las víctimas o población pamplonesa y uno de ellos considera que el servicio es muy precario y algunos enfermos deben trasladarse a otras ciudades para recibir mejor atención en salud, pues se están

atendiendo más venezolanos en Pamplona. Solo el líder (L.3), menciona que recibe esas acciones a través de su ARS. Por otra parte, las víctimas (V.1, V.2) desconocen acciones en esta dimensión y la víctima (V.3) habla de las acciones recibidas por el hospital, aunque también menciona que se debe mejorar la entrega de los medicamentos por parte de las EPS.

CATEGORÍA I – PREGUNTA No. NUEVE

Tabla 8.

Categoría I, pregunta No. nueve: ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión salud pública en emergencias y desastres, específicamente en víctimas del conflicto armado?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Se maneja por transversalidad.	<i>Se maneja por transversalidad.</i>	Unidad uno - equipos de emergencia o brigadistas, simulacros, donación de sangre, acciones transversales: (A.1, A.2, A.3)
A.2	Desde el Plan Decenal, siempre hubo un vacío porque inicialmente en emergencias y desastres se estaba manejando como una dimensión prioritaria que teníamos que ejecutar ya fuera por PIC contratando con el hospital o por gestión, trabajando lo de nosotros.	<i>se hicieron los equipos de respuesta inmediata, se hizo la verificación de la red de comunicaciones para las emergencias</i>	
	Pero, afortunadamente, digo yo, no fue necesario trabajar nada por contratación pues no se presentó ningún tipo de emergencia, ni desastre, y la promoción y la prevención es una de las obligaciones de nosotros como municipio a través de la oficina de gestión del riesgo y por eso se trabajó más por gestión que por PIC.	<i>los simulacros nacionales, hicimos unos municipales, hicimos los nacionales y también la donación de sangre como un banco de ayuda o un banco de alternativa de socorro en caso de que haya una emergencia.</i>	
	Aunque es una dimensión que no tiene presupuesto, se trabaja muy articuladamente con la oficina de gestión del riesgo y se hicieron los equipos de respuesta inmediata, se hizo la verificación de la red de comunicaciones para las emergencias, entre esas están las ambulancias, los organismos de socorros activados, los simulacros nacionales, hicimos unos		

municipales, hicimos los nacionales y también la donación de sangre como un banco de ayuda o un banco de alternativa de socorro en caso de que haya una emergencia. Entonces a través de esa articulación con la oficina del riesgo es que se desarrollaron todas estas acciones, entonces no se desarrollaron, ni propiamente por el hospital, ni propiamente por salud, sino un trabajo articulado con la oficina de gestión del riesgo, donde Pamplona ha sido uno de los municipios que más dona sangre en el departamento y por eso cada mes tenemos al banco de sangre de Erasmo Meoz y al banco de Higuera Escalante.

A.3 Emergencia y desastres no la manejamos directamente nosotros desde la ESE, tenemos un comité de brigadistas, donde se hacen todo lo que son unas jornadas, ahorita no recuerdo el nombre, los simulacros, donde se hacen los simulacros y demás, pero eso ya es directamente de la ESE, a través del plan de intervenciones colectivas no desarrollamos esta dimensión.

“tenemos un comité de brigadistas, donde se hacen todo lo que son unas jornadas, ahorita no recuerdo el nombre, los simulacros, donde se hacen los simulacros y demás”

L.1 Cuando son emergencias y desastres creo que todavía hay unos sitios que no..., por lo menos en esta administración no se vio que de pronto haya una catástrofe y eso y el municipio tenga estrategias, creo que no las tiene como tal, o sea, en esta administración no se las he visto, en la anterior administración, si se hicieron muchas cosas, se le informaba a la gente que vive en zonas de alto riesgo como tenían que actuar, las prevenciones, pero en esta administración no se ha visto nada de eso. Yo creo que usted misma se ha dado cuenta que se llenan las calles de agua o los huecos cuando llueve, son prevenciones y el gobierno local no hizo nada.

creo que no las tiene como tal, o sea, en esta administración no se las he visto

en esta administración no se ha visto nada de eso. Yo creo que usted misma se ha dado cuenta que se llenan las calles de agua o los huecos cuando llueve, son prevenciones y el gobierno local no hizo nada.

L.2 Como ya lo dije antes, solamente publicidad y papelería, y solamente recolección de firmas, pero

efectivo, efectivo no se está realizando absolutamente nada.

Unidad dos - no hay acciones o son escasas: L.1, L.2, V.1, V.2, V.3

Tienen empleados para acudir a las emergencias: L.3

	efectivo, efectivo no se está realizando absolutamente nada.	
L.3	No en general si he escuchado, con nosotras las víctimas no, pues no se han presentado casos tampoco, pero en general si escucho yo que tienen sus... allá sus empleados para acudir a todas esas emergencias.	<i>pero en general si escucho yo que tienen sus... allá sus empleados para acudir a todas esas emergencias.</i>
V.1	En emergencia y desastres, ninguna.	<i>En emergencia y desastres, ninguna.</i>
V.2	Pues nosotros cuando nos sentamos en la mesa municipal de víctimas tratamos otros temas, temas de la mesa, de pronto si se han dictado algunos cursos a la población víctima, capacitaciones, han dado becas a población víctima o cuando sale por ejemplo la convocatoria para algún trabajo publican por el grupo que nosotros tenemos, se necesitan personas para tal y tal cosa, también cuando hay jornadas de salud, pero en cuanto a desastre no sé si el municipio tendrá algún rubro, si el municipio ayudará, pero talleres o capacitaciones con respecto a ese tema no hemos recibido.	<i>No sé si el municipio tendrá algún rubro, si el municipio ayudará, pero talleres o capacitaciones con respecto a ese tema no hemos recibido.</i>
V.3	Pues específicamente el municipio no dirige nada a favor nuestro, Activa los agentes de emergencias, cuando hay por lo menos inundación y eso que hay riesgo de derrumbe y esa cuestión, pero eso es a nivel general, dirigido a víctimas específicamente no.	<i>“Pues específicamente el municipio no dirige nada a favor nuestro. Activa los agentes de emergencias, cuando hay por lo menos inundación y eso que hay riesgo de derrumbe y esa cuestión”</i>

ANÁLISIS GENERAL DE LA PREGUNTA NUEVE

Las percepciones sobre la pregunta “¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión de “salud pública en emergencias y desastres” específicamente con las víctimas del conflicto armado” se dividen en tres unidades:

Primera Unidad: acciones en emergencias y desastres: A.1, A.2, A.3, L.3, V.3, ejemplos: “se maneja por transversalidad”; “se hicieron los equipos de respuesta inmediata, se hizo la verificación de la red de comunicaciones para las emergencias”; “los simulacros nacionales, hicimos unos municipales, hicimos los nacionales y también la donación de sangre como un banco de ayuda o un banco de alternativa de socorro en caso de que haya una emergencia”; “tenemos un comité de brigadistas, donde se hacen todo lo que son unas jornadas, ahorita no recuerdo el nombre, los simulacros, donde se hacen los simulacros y demás”; “en general si escucho yo que tienen sus... allá sus empleados para acudir a todas esas emergencias”; “activa los agentes de emergencias, cuando hay por lo menos inundación y eso que hay riesgo de derrumbe y esa cuestión”.

Segunda Unidad: No hay acciones en emergencias y desastres o son escasas: L.1, L.2, V.1, V.2, ejemplos: “creo que no las tiene como tal, o sea, en esta administración no se las he visto... en esta administración no se ha visto nada de eso. Yo creo que usted

misma se ha dado cuenta que se llenan las calles de agua o los huecos cuando llueve, son prevenciones y el gobierno local no hizo nada”; “en emergencia y desastres, ninguna”; “no sé si el municipio tendrá algún rubro, si el municipio ayudará, pero talleres o capacitaciones con respecto a ese tema no hemos recibido”.

En conclusión, los administradores (A.1, A.2, A.3), manifiestan que se realizaron acciones en la dimensión de emergencias y desastres tales como la conformación de equipos de emergencia, una red de comunicaciones, donaciones de sangre y simulacros. Por otra parte, los líderes (L.1, L2) consideran que no hay acciones en emergencias y desastres. Solamente el líder tres mencionó que la administración municipal tenía empleados que acudían a las emergencias. En cuanto a las víctimas, dos de ellas manifestaron que no hay estrategias o acciones y una de ellas manifestó que sí se activaban los agentes para atender emergencias o desastres.

CATEGORÍA I – PREGUNTA No. DIEZ

Tabla 9.

Categoría I, pregunta No. diez. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “¿Vida saludable y condiciones transmisibles”, específicamente en víctimas del conflicto armado?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Por transversalidad.	<i>Por transversalidad.</i>	Unidad uno: acciones por transversalidad, vacunación y seguimiento a la vacunación, control de la tuberculosis y lepra: A.1 A.2, A.3, L.3
A.2	En eso nos concentramos en la vacunación que es una de las metas también que están inmersas en el plan de desarrollo que es la vacunación del 100% de los niños menores de un año. Pasa lo mismo que pasa con las maternas, los niños se mueven mucho, entonces nace el niño en Pamplona, pero la mamá es de..., no sé... de otro departamento, de Sucre, de Casanare, de otros departamentos, y el niño se va y no le podemos hacer el seguimiento, entonces les aplican las vacunas en otros lados y nosotros perdemos ese seguimiento biológico, y por eso no alcanzamos el 100%, pero si podemos decir que en promedio los menores de un año en el 92% están vacunados en Pamplona. Una es la migración, la movilidad de la población, que hace difícil que se le pueda hacer seguimiento y dos que el fenómeno migratorio también descontroló un poco ese control, son niños que si bien es cierto tienen una procedencia venezolana, cuando nacen en territorio se vuelven colombianos y las normas han permitido ellos que inmediatamente se nacionalicen al tener nacimiento en Pamplona, ese seguimiento no es tan de jurisdicción, no es tan local y no es una población que nosotros teníamos proyectada, sino que es una población que ha empezado a hacer parte de nosotros, de nuestro territorio.	<i>“Vacunación... seguimiento”</i> <i>“Habíamos trabajado unas enfermedades que tienen que ver con la transmisión de las enfermedades como el dengue que hubo un pico epidemiológico en el 2016 del zika, dengue y chinkunguña”</i> <i>bueno la tuberculosis como tal porque tenemos dos sitios en donde podría ser de alto contagio que es el Batallón donde hay mucha concentración de población, entonces se está vigilando lo que es el batallón y lo que es la</i>	

En la vacunación en eso nos concentramos.... ¿Qué otras enfermedades transmisibles?... Habíamos trabajado unas enfermedades que tienen que ver con la transmisión de las enfermedades como el dengue que hubo un pico epidemiológico en el 2016 del zika, dengue y chinkunguña, todas esas son enfermedades transmitidas por vectores, hacen parte de las enfermedades transmisibles, pero afortunadamente el pico epidemiológico ya pues descendió casi al 2% de lo que nosotros veníamos manejando en el 2016, y en eso aunque se mantienen las vigilancias epidemiológicas, podemos decir que hay un parte de tranquilidad por esas enfermedades.

cárcel, que son dos puntos de seguimiento

¿Y la tuberculosis?

Sí, pero son enfermedades que se vigilan, aquí a través de la oficina de vigilancia epidemiológica y que no son ni factores endémicos..., bueno la tuberculosis como tal porque tenemos dos sitios en donde podría ser de alto contagio que es el Batallón donde hay mucha concentración de población, entonces se está vigilando lo que es el batallón y lo que es la cárcel, que son dos puntos de seguimiento, pero ha estado controlado y hemos manejado eso y eso si lo hacemos acá por gestión, no tenemos un seguimiento, ni una meta específica para esas enfermedades, pero si se le hace seguimiento.

- A.3 En condiciones transmisibles para el municipio tenemos los tres componentes. Esta el componente del plan ampliado de inmunizaciones, que es todo lo referente a vacunación. En vacunación se hacen procesos de información y a la vez se hace verificación del cumplimiento del esquema de vacunación para menores de 6 años, mujeres en edad fértil, gestantes y adultos mayores, según el esquema, pues que nos ha enviado el ministerio y el instituto departamental. Allí también miramos todo lo que se relaciona con tuberculosis, entonces en tuberculosis hacemos procesos de búsqueda y a la vez que hacemos estas búsquedas, también nosotros hacemos procesos de información donde se enfoca a la comunidad sobre los signos, síntomas,

En vacunación se hacen procesos de información y a la vez se hace verificación del cumplimiento del esquema de vacunación para menores de 6 años, mujeres en edad fértil, gestantes y adultos mayores,

tratamiento y un poco del estigma social que se maneja, porque cuando decimos tuberculosis las personas tienen otro concepto y siempre se genera como un mito, de igual manera trabajamos con lo que es lo relacionado prevención de Hansen o lepra como tal, y allí también trabajamos procesos de información, donde también se complementa con búsquedas, dentro de PAE es importante mencionar que tenemos una red conformada ya, donde las mismas líderes de la red hacen procesos de educación y búsqueda de inasistentes.

en tuberculosis hacemos procesos de búsqueda y a la vez que hacemos estas búsquedas, también nosotros hacemos procesos de información donde se enfoca a la comunidad sobre los signos, síntomas, tratamiento y un poco del estigma social.

trabajamos con lo que es lo relacionado con prevención de Hansen o lepra como tal, y allí también trabajamos procesos de información

L.1 Aeróbicos..., no ese no se mira, no se mira ni lo de p y p que es diabetes, hipertensión y eso, que deberían de tener ciertas prioridades. Mire van estas personas diabetes e hipertensión y eso, y van a pedir la fórmula y van a pedirle la autorización y se la demoran, lo que usted no se imagina, y son víctimas del conflicto armado que se supone que las personas de tercera edad, menores de 5 años y víctimas del conflicto armado, tienen y nada, o sea, eso no está sucediendo, no hay nada de eso.

no ese no se mira

Unidad dos: no hay acciones: L.1, L.2, V.1, V.2, V.3

L.2 No dirige ninguna acción, tanto que hemos tenido el caso que se han presentado casos de enfermedades de transmisión sexual como sífilis, gonorrea, el mismo sida y también tuberculosis en víctimas que están hacinadas en lugares bastantes lúgubres que no tienen ningún tipo de aireación, ni situación saludable para ellos, ese es uno de los grandes problemas que tenemos acá.

No dirige ninguna acción, tanto que hemos tenido el caso que se han presentado casos de enfermedades de transmisión sexual como sífilis, gonorrea, el mismo

		<i>sida y también tuberculosis en víctimas que están hacinadas en lugares bastantes lúgubres</i>
L.3	Sí, allá tienen sus vacunas.	<i>“Sí, allá tienen sus vacunas”</i>
V.1	No amor, aquí no se ha hecho nada	<i>No se ha hecho nada</i>
V.2	Capacitaciones con respecto a eso, a la población víctimas sobre enfermedades de transmisión sexual, enfermedades contagiosas, hasta el momento no se han recibido por parte del municipio, yo creo que sí hace falta para que la población víctima se entere más de esas cosas, de esos temas porque mucha población víctima de pronto no tiene un grado de estudio alto, entonces necesitan que de pronto les expliquen más detalladamente en qué consisten esas enfermedades de transmisión sexual, esas enfermedades venéreas, el VIH, en fin otro tipo de enfermedades que se transmiten, a través de sí...	<i>“capacitaciones con respecto a eso, a la población víctimas sobre enfermedades de transmisión sexual, enfermedades contagiosas, hasta el momento no se han recibido por parte del municipio”</i>
V.3	Yo me imagino que el municipio tendrá su plan a ese respecto, directamente para las víctimas no conozco si lo tienen o no.	<i>Yo me imagino que el municipio tendrá su plan a ese respecto directamente para las víctimas no conozco si lo tienen o no.</i>

ANÁLISIS GENERAL DE LA PREGUNTA DIEZ

Las percepciones sobre la pregunta “¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión de “Vida saludable y condiciones trasmisibles” específicamente con las víctimas del conflicto armado” se dividen en tres unidades:

Primera Unidad: acciones sobre “vida saludable y condiciones trasmisibles”: A.1, A.2, A.3, L.3, ejemplos: *“por transversalidad”, “vacunación... seguimiento”, “habíamos trabajado unas enfermedades que tienen que ver con la transmisión de las enfermedades como el dengue, que hubo un pico epidemiológico en el 2016 del zika, dengue y chinkunguña”; “bueno la tuberculosis como tal porque tenemos dos sitios en donde podría ser de alto contagio que es el Batallón donde hay mucha concentración de población, entonces se está vigilando lo que es el batallón y lo que es la cárcel, que son dos puntos de seguimiento”; “en vacunación se hacen procesos de información y a la vez se hace verificación del cumplimiento del esquema de vacunación para menores de 6 años, mujeres en edad fértil, gestantes y adultos mayores”; “en tuberculosis hacemos procesos de búsqueda y a la vez que hacemos estas búsquedas, también nosotros hacemos procesos de información donde se enfoca a la comunidad sobre los signos, síntomas, tratamiento y un poco del estigma social”; “trabajamos con lo que es lo relacionado con prevención de Hansel o lepra como tal, y allí también trabajamos procesos de información”; “Sí, allá tienen sus vacunas”.*

Segunda Unidad: No hay acciones sobre “vida saludable y condiciones trasmisibles”: L.1, L.2, V.1, V.2, V.3, ejemplos: *“no ese no se mira”; “no dirige ninguna acción, tanto que hemos tenido el caso que se han presentado casos de enfermedades de transmisión sexual como sífilis, gonorrea, el mismo SIDA y también tuberculosis en víctimas que están hacinadas en lugares bastantes lúgubres”; “no se ha hecho nada”; “Capacitaciones con respecto a eso, a la población víctimas sobre enfermedades de transmisión sexual, enfermedades contagiosas hasta el momento no se han recibido por parte del municipio”; “yo me imagino que el municipio tendrá su plan a ese respecto directamente para las víctimas no conozco si lo tienen o no”.*

En conclusión, los administradores (A.1, A.2, A.3), afirman que se han realizado diferentes acciones en la dimensión “Vida saludable y enfermedades transmisibles” de las cuales destacan la vacunación, el control de la tuberculosis, la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores como el dengue, el chinkunguña y el zika y otras como la lepra. Por otra parte, los líderes (L.1, L.2) manifestaron que no había acciones en este sentido, a pesar de que son necesarias y algunas de estas enfermedades son padecidas por víctimas del conflicto armado, mientras el líder (L.3), reconoció que la vacunación es una de las acciones en esta dimensión. Por el contrario, las víctimas del conflicto armado (V.1, V.2, V.3) manifestaron que no existen acciones.

CATEGORÍA I – PREGUNTA No. ONCE

Tabla 10.

Categoría I, pregunta No. Once: ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “Salud y ámbito laboral”, ¿específicamente en víctimas del conflicto armado?

S. RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1 ¿Salud y ámbito laboral?, me explicas ahí ese tema en relación a víctimas. (explicación). Me colocas el tema muy complicado, primero porque el plan decenal de salud es bastante extenso y es ambicioso porque a diferencia del plan de desarrollo que son 4 años, este es un tema, sino estoy mal a 10 años. Realmente no sé sobre el tema.	<i>Me colocas el tema muy complicado, primero porque el plan decenal de salud es bastante extenso y es ambicioso</i> <i>“Realmente no sé sobre el tema”.</i>	Unidad uno - acciones en la dimensión “salud y ámbito laboral”: A.2, A.3.
A.2 En salud y ámbito laboral estábamos buscando la caracterización de trabajadores informales, primero para saber cuántos son, cuantos hay, pero entonces, vuelven los mismos problemas migratorios, de flotabilidad de la población, sin embargo se alcanzó a hacer una caracterización en donde más de 373, creo, trabajadores informales, radicados y que durante los cuatro años estuvieron trabajando en lo mismo en Pamplona, dentro de esas caracterizaciones en el primer año trabajamos con recicladores, con cargueros, luego trabajamos con trabajadores informales de la calle, vendedores ambulantes, y todo ese porcentaje de población de la mano de gobierno, pudimos caracterizarlos, lo que nosotros trabajamos en esta dimensión, además de la caracterización, educación en riesgos laborales para esos trabajos, fue muy importante trabajar con los recicladores porque ellos están expuestos a muchos peligros de origen biológico, también ellos están muy expuestos	<i>“caracterización de trabajadores informales, primero para saber cuántos son, cuantos hay”.</i> <i>“educación en riesgos laborales para esos trabajos”.</i>	

a problemas ambientales, por ejemplo con los carretilleros en cargas en las buenas posturas para las cargas, y todo esto es positivo, en la medida en que las personas empiecen a ser conscientes que cualquier actividad que hagan tienen unos riesgos y como estos trabajadores no están cubiertos por las aseguradoras de riesgos nosotros desde salud pública si los pudimos asesorar y en Pamplona quedaron asesorados más de 300 personas en riesgos laborales.

- A.3** Nosotros este año, las acciones que dirigimos son dos procesos de información, uno donde principalmente se hizo la detección de riesgos laborales y disminución de eventos como tal, capacitación a las personas, se abordaron vendedores ambulantes, personas que trabajan en obras de construcción, en el sector agropecuario y se le dieron de acuerdo a su labor, unas pautas de cómo disminuir la parte de accidentes y enfermedades laborales y a la vez se hizo el proceso de información con empresas ya constituidas, pero que, que siguen siendo trabajadores informales como tal, donde se habla de entornos laborales saludables y autocuidado a través de las asociaciones o agremiaciones que tienen en el municipio.

“las acciones que dirigimos son dos procesos de información, uno donde principalmente se hizo la detección de riesgos laborales y disminución de eventos como tal, capacitación a las personas”.

“se le dieron de acuerdo a su labor, unas pautas de cómo disminuir la parte de accidentes y enfermedades laborales y a la vez se hizo el proceso de información con empresas ya constituidas”.

“se habla de entornos laborales saludables y autocuidado a través de las asociaciones o agremiaciones que tienen en el municipio”.

- L.1** Ignorancia total.

Ignorancia total.

- L.2** Solamente una o dos campañas, pero no son prácticamente efectivas, porque digamos las terapias o las dinámicas psicológicas las vienen realizando los estudiantes de la Universidad de Pamplona y eso por cariño y por atención por

“Solamente una o dos campañas, pero no son prácticamente efectivas”.

Unidad dos - no hay acciones en la dimensión “Salud y ámbito laboral, no son efectivas o no se

	parte de ellos. Del municipio hacen una o dos años, pero no son efectivas, porque la gente, las víctimas de acá ya no le creemos al municipio, ni mucho menos al gobierno central en cuanto a las políticas públicas para las víctimas porque nunca las cumple. La Universidad sí ha tenido esa cualidad de estar pendiente en las acciones de Terapia Ocupacional, terapias de grupo, dinámicas y las situaciones que se ameritan, también hemos tenido el apoyo de los estudiantes de derecho en cuanto a procesos para las víctimas, de lo contrario en el municipio no hay absolutamente ningún tipo de apoyo para las víctimas.	<i>“Del municipio hacen una o dos años, pero no son efectivas, porque la gente, las víctimas de acá ya no le creemos al municipio, ni mucho menos al gobierno central en cuanto a las políticas públicas para las víctimas porque nunca las cumple”.</i> <i>no hay absolutamente ningún tipo de apoyo para las víctimas.</i>	conocen: L.1, L.2, L.3, V.1, V.2, V.3.
L.3	También tienen que tener ellos para darles a sus empleados todo eso. Sí, porque nosotros no tenemos empleo, nadie allá. Pues sí eso estamos buscando que por ejemplo nos tengan en cuenta, para tener algunos, hay varias víctimas que tienen su estudio, otras pues no lo tenemos, pero hay formas de que lo empleen para así tener su trabajo y su sustento de vida.	<i>nosotros no tenemos empleo, nadie allá. Pues sí eso estamos buscando que por ejemplo nos tengan en cuenta</i>	
V.1	Menos mi amor, con el ámbito laboral, menos, con decirle que al enlace le llegó la comunicación de que se había abierta una convocatoria para víctimas del conflicto armado, de que se preparan, se montara su unidad productiva, tuvieran la opción de entrar al fondo emprender y yo me vine a enterar que durante cuatro años ni siquiera contestaron el teléfono, todo eso se perdió.	<i>Menos mi amor, con el ámbito laboral, menos.</i> <i>años ni siquiera contestaron el teléfono, todo eso se perdió.</i>	
V.2	Por parte del municipio como tal no. Desde el grupo de la población víctima pues sí han hecho convocatorias y colocan por el grupo cuando se solicita empleo en determinada empresa con la hoja de vida que de pronto exigen para trabajar en esos perfiles se le colabora así. Pues por parte del municipio como tal no, de la misma mesa municipal de víctimas es la que gestiona.	<i>Por parte del municipio como tal no.</i> <i>Pues por parte del municipio como tal no, de la misma mesa municipal de víctimas es la que gestiona.</i>	
V.3	Realmente esas capacitaciones sí las hace el SENA, de hecho, hace dos semanas, terminamos una capacitación, pero no para víctimas, gente en general, sobre manejo de residuos,	<i>Realmente esas capacitaciones sí las hace el SENA, de hecho, hace dos</i>	

seguridad en el trabajo, protocolo de bioseguridad, pero eso a nivel general, no dirigido a víctimas como tal y eso por parte de SENA.

semanas, terminamos una capacitación, pero no para víctimas

ANÁLISIS GENERAL PREGUNTA ONCE

Las percepciones sobre la pregunta “¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión de “Salud y ámbito laboral” específicamente con las víctimas del conflicto armado” se dividen en tres unidades:

Primera Unidad: acciones en la dimensión “salud y ámbito laboral: A.2, A.3, ejemplos: *“caracterización de trabajadores informales, primero para saber cuántos son, cuantos hay”; “educación en riesgos laborales para esos trabajos”; “las acciones que dirigimos son dos procesos de información, uno donde principalmente se hizo la detección de riesgos laborales y disminución de eventos como tal, capacitación a las personas”; “se le dieron de acuerdo a su labor, unas pautas de cómo disminuir la parte de accidentes y enfermedades laborales y a la vez se hizo el proceso de información con empresas ya constituidas”, “se habla de entornos laborales saludables y autocuidado a través de las asociaciones o agremiaciones que tienen en el municipio”.*

Segunda Unidad: no hay acciones en la dimensión “Salud y ámbito laboral, no son efectivas o no se conocen: L.1, L.2, L.3, V.1, V.2, V.3, ejemplos: *“nosotros no tenemos nadie empleado allá. Pues sí eso estamos buscando que por ejemplo nos tengan en cuenta”; “menos mi amor, con el ámbito laboral, menos”; “por parte del municipio como tal no, pues por parte del municipio como tal*

no, de la misma mesa municipal de víctimas es la que gestiona”; “realmente esas capacitaciones sí las hace el SENA, de hecho, hace dos semanas, terminamos una capacitación, pero no para víctimas”, “solamente una o dos campañas, pero no son prácticamente efectivas”; “Del municipio hacen una o dos años, pero no son efectivas, porque la gente, las víctimas de acá ya no le creemos al municipio, ni mucho menos al gobierno central en cuanto a las políticas públicas para las víctimas porque nunca las cumple”, “ignorancia total”, “me colocas el tema muy complicado, primero porque el plan decenal de salud es bastante extenso y es ambicioso”; “realmente no sé mucho sobre el tema”.

En conclusión, los administradores A.2 y A.3 afirmaron que se ha realizado diferentes actividades educativas, especialmente dirigidas a vendedores informales, recicladores o trabajadores del mercado central del municipio sobre riesgos y prevención de accidentes laborales. Sólo uno de los administradores (A.1) contestó que el tema era complicado y no tenía conocimiento. Por otra parte, el líder (L1) afirmó que desconocía acciones en esta dimensión, mientras el líder (L.2) dice que, aunque hacen acciones no son efectivas o el municipio no les cumple. En el caso de las víctimas todas coinciden en que la administración no realiza acciones para ellos en esta dimensión, una de las víctimas menciona que las capacitaciones sobre riesgos laborales las recibió por parte del SENA.

CATEGORÍA I – PREGUNTA No. DOCE

Tabla 11.

Categoría I, pregunta No. doce: ¿De qué manera se socializan los derechos y deberes contemplados en la justicia transicional en cuanto a salud en víctimas del conflicto armado en el municipio de Pamplona?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	La articulación de la política de atención a víctimas del municipio está en cabeza del señor alcalde, quien en el uso de sus facultades aprueba un plan de desarrollo y se hace la construyó armónica de un plan de atención a víctimas, donde el municipio tiene constituido un comité de justicia transicional donde se hace la incidencia y se debate toda la política pública, no solamente con las dependencias del municipio, sino también con entidades como el SENA, como el ICBF, policía, ICBF, ejercito, personería municipal y representantes en la mesa de víctimas municipal. ¿Cómo nosotros llegamos a dar la difusión o enseñar, o buscar las estrategias de la garantía de derechos de la población víctima?, siempre buscamos escenarios a través... hemos adelantado jornadas de asistencia, de orientación, asistencia legal a la población víctima masivas, trayendo a la Unidad de Víctimas, trayendo a la cooperación internacional como el consejo W, a un municipio, que desafortunadamente, anteriormente no venía la cooperación porque no se hacían las gestiones y sumado a eso, siempre se prioriza el Catatumbo, en esta administración se hicieron las gestiones y se trajo a consejo en Europa Refugiados y a GZ que nos ayudaron	<i>“hemos adelantado jornadas de asistencia, de orientación, asistencia legal a la población víctima masivas, trayendo a la Unidad de Víctimas, trayendo a la cooperación internacional como el consejo W”.</i> <i>se trajo a consejo en Europa Refugiados y a GZ que nos ayudaron con ese tema, aparte de eso pues contamos con un equipo interdisciplinario para la orientación y asistencia legal y el orientar a la población víctima a la garantía del acceso de derecho.</i> <i>Y así como lo tenemos en la Secretaría de Gobierno, el alcalde aporta un profesional a la personería municipal</i>	Unidad uno. Asesorías, capacitaciones, reuniones y afiliación: jornadas de asistencia y orientación legal a la población víctima con el apoyo de cooperación internacional, a través de un profesional de la personería municipal o de la oficina de gobierno, talleres y grupos focales para toda la población, durante la afiliación a la EPS A.1, A.2, A.3, V.2

con ese tema, aparte de eso pues contamos con un equipo interdisciplinario para la orientación y asistencia legal y el orientar a la población víctima a la garantía del acceso de derecho.

Y así como lo tenemos en la Secretaría de Gobierno, el alcalde aporta un profesional a la personería municipal para el mismo tema de asistencia legal a víctimas. Y aparte de eso hemos hecho talleres por grupos focales, así como las jornadas hacemos para toda la población y más que todo para los adultos, también hemos hecho temas con la adolescencia, con los niños de Cristo Rey, haciéndole talleres de información de acceso de derechos, cómo se implementa la política pública del municipio, quienes la regulan, cuales son las instancias de articulación, todo ese tema.

para el mismo tema de asistencia legal a víctimas

A.2 ¿los deberes y los derechos?, pues la verdad es que en salud pues los deberes y derechos en salud le puedo decir, en salud nosotros siempre cuando aseguramos o siempre que una persona ingresa en el sistema nacional de seguridad social en salud, debe ser informada de cuáles son sus derechos, pero también de cuáles son sus deberes, entonces eh un poco lo hacemos nosotros a través de las campañas que hacemos de afiliación, estamos haciendo campañas de afiliación cada dos meses, estas campañas de afiliación las hacemos casa a casa, cuando ya identificamos que hay unas personas sin aseguramiento, entonces vamos y las buscamos porque nuestra meta es que el 100% de la población víctima esté asegurada.

Si nosotros vamos a la casa, la canalizamos con una aseguradora porque es la de su preferencia. En el caso de Pamplona las aseguradoras que pueden o que tienen cupos para afiliación del régimen subsidiado esta

en salud nosotros siempre cuando aseguramos o siempre que una persona ingresa en el sistema nacional de seguridad social en salud, debe ser informada de cuáles son sus derechos, pero también de cuáles son sus deberes, entonces, eh un poco lo hacemos nosotros a través de las campañas que hacemos de afiliación

ya la aseguradora les amplía sus derechos y deberes, a estar informados, al puesto de salud, las citas, al plan obligatorio de salud, a que todos sus datos sean de

Comfariente y está Nueva EPS subsidiado, las otras que operan Comparta, Salud Vida y Medimás, esas ya no tienen cupos, entonces se les da..., uno de los primeros derechos que se les da es que es libre escogencia, y esa asesoría, luego se la amplían allá en la aseguradora, cuando ya escogen Comfariente o escogen Nueva EPS, ya la aseguradora les amplía sus derechos y deberes, a estar informados, al puesto de salud, las citas, al plan obligatorio de salud, a que todos sus datos sean de reserva, todos los derechos en salud, pero yo creo que el primer paso es nosotros cuando los buscamos y el segundo paso es cuando entran en el sistema.

Todas las entidades en salud deben tener el Vivanto. El Vivanto es una plataforma que les permite, que nos permite por un lado garantizar los derechos de las víctimas, pero, por otro lado, el Vivanto no lo maneja todo el mundo, o sea, usted tampoco puede dejar que el Vivanto lo manejen todas las recepcionistas de urgencias, son bases de datos muy específicas.

Afortunadamente, la red de atención en salud de Pamplona tiene el Vivanto, entonces la tenemos nosotros, la tiene el Hospital San Juan de Dios, y como son tan pocas instituciones prestadoras de salud a nivel municipal, porque en este momento la única que está prestando es el hospital, lo tienen, lo que pasa es que la falencia creo yo, esta es en que la persona no está diciéndole a todo el mundo, "mire yo soy víctima del conflicto, atiéndame con preferencia", entonces a veces se obvian muchos procedimientos de verificación, ya cuando ellos empiezan a cursar una enfermedad, un tratamiento o algo así, entonces ya ellos lo manifiestan y se verifica a través de las bases del Vivanto y sí efectivamente es una víctima, pero lamentablemente si la víctima no lo manifiesta,

reserva, todos los derechos en salud,

En cuanto a justicia transicional nosotros hacemos cuatro consejos en el año con diferentes organismos y las víctimas

muchas veces puede pasar desapercibido que es una víctima del conflicto.

En cuanto a justicia transicional nosotros hacemos cuatro consejos en el año con diferentes organismos y las víctimas.

- | | | |
|------------|---|---|
| A.3 | Lo maneja directamente la alcaldía, nosotros hacemos las intervenciones independientemente de su enfoque, pero ya la promoción de derechos la maneja la alcaldía a través de participación social o a través de gobierno. | <i>ya la promoción de derechos la maneja la alcaldía a través de participación social o a través de gobierno.</i> |
|------------|---|---|

- | | | | |
|------------|---|--|---|
| L.1 | No, porque solamente vienen y hacen una charla, firman un papelito, se van y listo, eso es lo que les hacen a las víctimas, o sea las rectifican. | <i>No, porque solamente vienen y hacen una charla, firman un papelito, se van y listo, eso es lo que les hacen a las víctimas, o sea las rectifican.</i> | Unidad dos - se realizan charlas, capacitaciones y consejos de justicia transicional, pero las víctimas no son tenidas en cuenta o se sienten utilizadas, no se socializa:
se hacen reuniones, pero no tienen en cuenta a las víctimas: L.1, L.2, L.3, V.1, V.3 |
| L.2 | 10:18 en el municipio se realizan cuatro consejos, cuatro encuentros de justicia transicional al año y a las víctimas solamente las invitan solamente para que aparezcan allá como firmantes y las necesidades, exposiciones, proyectos y programas que presentan las víctimas nunca son tenidas en cuenta, todas las instituciones, las 27 instituciones de parte del gobierno que están obligadas a cumplir con las víctimas, muchas veces ni van, ni nada, o se limitan solamente a asistir y nunca cumplen con los objetivos, ni con las necesidades básicas de las víctimas.

Participan dos integrantes de la mesa municipal de víctimas, pero como ya le digo, son personas que muchas veces no conocen los procedimientos, ni saben de leyes, | <i>se realizan cuatro consejos, cuatro encuentros de justicia transicional al año y a las víctimas solamente las invitan solamente para que aparezcan allá como firmantes y las necesidades, exposiciones, proyectos y programas</i>

<i>las víctimas nunca son tenidas en cuenta</i>

<i>Participan dos integrantes de la mesa municipal de</i> | |

ni conocen la ley de víctimas a fondo, entonces son fáciles de moldear porque los acomodan a las necesidades del alcalde de turno. Acá venía un costumbrismo bastante malo, diría yo, que lo estaba manejando una señora que dice ser representante de víctimas y ha sido una señora que se ha aprovechado de las víctimas, ha utilizado a las víctimas para firmatones y para sacarle plata a diferentes entes, y a las víctimas no les cumple absolutamente con nada, eso cambió a raíz de las capacidades que yo he logrado incluir e implementar ante los integrantes de la mesa municipal de víctimas, por eso ahora ya cambió el rol de la mesa municipal de víctimas, en ser más activos, y ser más decididos en sus necesidades y las representaciones que tienen que hacer, pero esa situación entonces hasta la fecha no se había tenido en cuenta como es el comité de justicia transicional, ni la mesa municipal de víctimas.	<i>víctimas, pero como ya le digo, son personas que muchas veces no conocen los procedimientos, ni saben de leyes, ni conocen la ley de víctimas a fondo, entonces son fáciles de moldear porque los acomodan a las necesidades del alcalde de turno.</i> <i>hasta la fecha no se había tenido en cuenta como es el comité de justicia transicional, ni la mesa municipal de víctimas.</i>
L.3 No, muy poco	<i>No, muy poco</i>
V.1 Pues la verdad yo asistí como suplente, o como por cubrir a una persona que no asistió a los comités de justicia transicional y resulta que el comité de transicional, el problema es que eso parece un chiste, no van, los que van llegan tarde, no se habla en sí de lo que se necesita para la población víctima, no se tiene un enfoque. La verdad yo creo que tanto la administración como cada ente que está integrando, están desconociendo los parámetros tal y como son.	<i>y resulta que el comité de transicional, el problema es que eso parece un chiste, no van, los que van llegan tarde, no se habla en sí de lo que se necesita para la población víctima, no se tiene un enfoque.</i>
V.2 Sí, claro hemos socializado y se ha hablado mucho de eso, nos han capacitado, en esa parte sí el municipio ha colaborado.	<i>Sí, claro hemos socializado y se ha hablado mucho de eso, nos han capacitado, en esa parte sí el municipio ha colaborado.</i>
V.3 Eso aquí en Pamplona no tengo la percepción de que se cumpla, esa estrategia, mejor dicho, aquí, como tal no está funcionando como tal.	<i>Eso aquí en Pamplona no tengo la percepción de que se cumpla, esa estrategia,</i>

*mejor dicho, aquí, como tal
no está funcionando como
tal.*

ANÁLISIS GENERAL DE LA PREGUNTA DOCE

Las percepciones sobre la pregunta “¿de qué manera se socializan los derechos y deberes contemplados en la justicia transicional en cuanto a salud en víctimas del conflicto armado en el municipio de Pamplona?” se dividen en tres unidades:

Primera Unidad: Asesorías, capacitaciones, reuniones y afiliación: A.1, A.2, A.3, V.2, ejemplos: “*hemos adelantado jornadas de asistencia, de orientación, asistencia legal a la población víctima masivas, trayendo a la Unidad de Víctimas, trayendo a la cooperación internacional como el consejo W*”; “*se trajo a consejo en Europa Refugiados y a GZ que nos ayudaron con ese tema, aparte de eso pues contamos con un equipo interdisciplinario para la orientación y asistencia legal y el orientar a la población víctima a la garantía del acceso de derecho*”; “*y así como lo tenemos en la Secretaría de Gobierno, el alcalde aporta un profesional a la personería municipal para el mismo tema de asistencia legal a víctimas*”; “*en salud nosotros siempre cuando aseguramos o siempre que una persona ingresa en el sistema nacional de seguridad social en salud, debe ser informada de cuáles son sus derechos, pero también de cuáles son sus deberes, entonces, eh un poco lo hacemos nosotros a través de las campañas que*

hacemos de afiliación”, “ya la aseguradora les amplía sus derechos y deberes, a estar informados, al puesto de salud, las citas, al plan obligatorio de salud, a que todos sus datos sean de reserva, todos los derechos en salud”, “en cuanto a justicia transicional nosotros hacemos cuatro consejos en el año con diferentes organismos y las víctimas”; “ya la promoción de derechos la maneja la alcaldía a través de participación social o a través de gobierno”; “sí, claro hemos socializado y se ha hablado mucho de eso, nos han capacitado, en esa parte sí el municipio ha colaborado”.

Segunda Unidad: Se realizan charlas, capacitaciones y consejos de justicia transicional, pero las víctimas no son tenidas en cuenta o se sienten utilizadas, no se socializa: L.1, L.2: *“No, porque solamente vienen y hacen una charla, firman un papelito, se van y listo, eso es lo que les hacen a las víctimas, o sea las reactivimizan”; “se realizan cuatro consejos, cuatro encuentros de justicia transicional al año y a las víctimas solamente las invitan solamente para que aparezcan allá como firmantes”, “las víctimas nunca son tenidas en cuenta”; “Participan dos integrantes de la mesa municipal de víctimas, pero como ya le digo, son personas que muchas veces no conocen los procedimientos, ni saben de leyes, ni conocen la ley de víctimas a fondo, entonces son fáciles de moldear porque los acomodan a las necesidades del alcalde de turno”; “hasta la fecha no se había tenido en cuenta como es el comité de justicia transicional, ni la mesa municipal de víctimas”; “eso parece un chiste, no van, los que van llegan tarde, no se habla en sí de lo que se necesita para la población víctima, no se tiene un enfoque”; “no, muy poco”, “eso aquí en Pamplona no tengo la percepción de que se cumpla, esa estrategia, mejor dicho, aquí, como tal no está funcionando como tal”.*

Los administradores A.1, A.2, A.3, mencionaron que la oficina de gobierno y la personería son quienes se encargan de socializar los derechos y deberes contemplados en la justicia transicional a través asesorías, capacitaciones, reuniones con las víctimas, así como cuatro consejos de justicia transicional que se desarrollan a lo largo del año. Por otro lado, los líderes L.1, L.2, afirman que sí bien se hacen los consejos de justicia transicional, no se socializan los derechos de las víctimas, ni se tienen en cuenta sus demandas e incluso consideran que solo se les invitan para que aparezcan sus firmas, la líder tres manifiesta que no se socializan los derechos o si se hace es muy poco. En las víctimas las percepciones son diferentes, la víctima V.1 afirma que se hacen los consejos, pero no se tiene en cuenta a las víctimas, la víctima V.2, manifiesta que la administración si socializa con las víctimas y la V.3 dice que ella percibe que eso no está haciendo en Pamplona.

CATEGORÍA I – PREGUNTA No. TRECE

Tabla 12.

Categoría I, pregunta No. trece: ¿Cómo se capacita a los líderes comunitarios y de las víctimas del conflicto armado sobre derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario para facilitar la verificación de la garantía de los derechos y favorezcan el acceso a servicios de salud con calidad a la población identificada como víctima del conflicto armado?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Dentro del grupo interdisciplinario hemos fortalecido algunas asociaciones, algunos líderes a través de talleres de información, pero, el señor alcalde, siempre ha tratado de que las organizaciones, y la comunidad no solamente tengan la visión de lo que dice la alcaldía; la ley es una, y es una aquí o en la Guajira o en el Amazonas es la misma ley de víctimas o en Bogotá, entonces que se busca para crear un ámbito de imparcialidad, que buscamos a través de otros agentes que nos acompañen a brindar ese fortalecimiento a líderes comunitarios, por ejemplo cuando se trajo a GZ, se hicieron talleres con la mesa de víctimas, se trajo la secretaria departamental de víctimas, cuando se hizo con el consejo noruego, que dieron talleres e información a líderes también, entonces no solamente queremos de que los líderes tengan la apreciación de lo que nosotros tenemos la ley de víctimas, sino que también creamos espacios con otras entidades para que también se fortalezcan esos líderes de la mejor manera.	<i>“a través de talleres de información”</i> <i>buscamos a través de otros agentes que nos acompañen a brindar ese fortalecimiento a líderes comunitarios,</i> <i>se hicieron talleres con la mesa de víctimas, se trajo la secretaria departamental de víctimas, cuando se hizo con el consejo noruego,</i>	Unidad uno - talleres y acompañamiento internacional, desde personería y la oficina de gobierno: A.1, A.2, V.2 Unidad dos - no conoce, no les capacita: A.3, L.1, V.1, V.3
A.2	Pues es que ya lo de derechos humanos, ya no nos compete o ya no lo hacemos tanto en salud, ya digamos que, desde gobierno, personería, tratamos es de promover sus derechos en salud.	<i>desde gobierno, personería, tratamos es de promover sus derechos en salud.</i>	

A.3 No señora, no lo conozco.	<i>No señora, no lo conozco</i>	
L.1 Llevó cinco años pidiendo un diplomado en derechos humanos, llevó mucho tiempo peleando porque a las víctimas les digan cuáles son sus derechos, qué les den una verdadera capacitación, que les digan que tienen derecho y a que no, pero al municipio le gusta que la gente siga ciega, que no reclame, que no digan nada, eso es lo que quiere la gente y el gobierno, pero derechos humano como tal no, y si usted es de derechos humanos corre peligro de que sea objetivo militar, ¿entonces?	<i>llevó mucho tiempo peleando porque a las víctimas les digan cuáles son sus derechos, qué les den una verdadera capacitación, que les digan que tienen derecho y a que no, pero al municipio le gusta que la gente siga ciega, que no reclame, que no digan nada,</i>	Unidad tres: capacitaciones por parte de la cooperación internacional L.2, L.3
L.2 Bueno las capacitaciones, digamos la gracia de que yo soy integrante también de las mesas del Catatumbo y de acuerdo a ello hemos tenido la colaboración constante de GyZ Alemania, de Ocha, del comité de refugiados de Noruega, de Oderpaz, de Parcomún, quienes han estado impulsando la capacitación de víctimas en diferentes escenarios y en diferentes áreas a fin de que conozcamos los derechos y las necesidades, y la obligación que tienen los gobiernos de turno de cumplir con las víctimas, tanto así, que nos enfrascamos en una lucha, en estos días, en este último período, que como la ley de víctimas muere el 31 de diciembre de 2021, entonces ya logramos que se extendiera la ley de víctimas hasta el 2030, eso fue una lucha bastante tenaz, porque el gobierno ni le cumple a las víctimas, ni hace la indemnizaciones, ni hay atención en salud, ni hay inclusión laboral, ni mucho menos como reza la ley de víctimas, la inclusión de víctimas en carreras profesionales para representar a las víctimas dentro de las mismas esferas del gobierno, tanto así que uno de los logros en la Habana Cuba, fue la intervención de nuestros compañeros víctimas y que se nombraran las 16 curules para las víctimas en el congreso de la república, ¿y quien fue el primero que se opuso?, fue el	<i>hemos tenido la colaboración constante de GyZ Alemania, de Ocha, del comité de refugiados de Noruega, de Oderpaz, de Parcomún, quienes han estado impulsando la capacitación de víctimas en diferentes escenarios y en diferentes áreas</i> <i>Las capacitaciones vienen solamente de gente responsable que tiene interés de que Colombia salga del meollo en que se encuentra, Alemania, Canadá, Noruega, y toda una cantidad de países que han sido garantes en diferentes escenarios</i>	

centro demonia... democrático, entonces hay como vemos, el interés del gobierno no es ninguno para las víctimas, no están... prácticamente acabando, sobre todo a los líderes como en mi caso, estoy lleno de amenazas en diferentes ocasiones, tengo esquema de seguridad por parte de la policía nacional, y la cantidad de líderes de restitución de tierras, de representantes de derechos humanos y de víctimas en sí en general ha sido bastante grande, porque ya llevamos un promedio 170 líderes de víctimas asesinados en lo que va de este gobierno.

Las capacitaciones vienen solamente de gente responsable que tiene interés de que Colombia salga del meollo en que se encuentra, Alemania, Canadá, Noruega, y toda una cantidad de países que han sido garantes en diferentes escenarios, que ya han vivido los conflictos con una anterioridad bastante cercana y precaria y son los únicos que están interesados en que las víctimas tengamos ese tipo de capacitación, que tengamos ese tipo de respaldo, que conozcamos la verdad de principio a fin, de qué es la ley de víctimas, la implementación de ley de víctimas, el decreto 4800, la resolución 0382 que es la participación efectiva de las víctimas en las políticas públicas, esa es la mayor demanda de servicios que nos ofrecen estas multina... estás ONG internacionales.

L.3 Sí, pero por parte de la administración no, yo he recibido por parte de la ACNUR, por parte de la ONU,

Sí, pero por parte de la administración no, yo he recibido por parte de la ACNUR, por parte de la ONU.

V.1 Nosotros tuvimos una capacitación que nos dio Parcomún, la de derechos humanos y derecho internacional humanitario, que son dos líneas muy diferentes, sino me equivoco, no hubo esa preparación, no sé porque no la hicieron, de todas maneras, no se pudo. Parcomún es una institución muy aparte que es de GyZ, ellos nos dieron una capacitación,

Parcomún es una institución muy aparte que es de GyZ, ellos nos dieron una capacitación, incluso en ley 1448 y en sus decretos obviamente, pero no en

	incluso en ley 1448 y en sus decretos obviamente, pero no en derecho humanitario aún se desconoce. Ninguna.	<i>derecho humanitario aún se desconoce. Ninguna</i>
V.2	En cuanto a eso sí, de eso si hemos recibido capacitación en varias ocasiones, por parte de ONG'S que, junto con la colaboración de la administración, sí.	<i>En cuanto a eso sí, de eso si hemos recibido capacitación en varias ocasiones, por parte de ONG'S que, junto con la colaboración de la administración, sí.</i>
V.3	No, nunca he recibido una capacitación al respecto. Se necesita, claro que sí, porque por lo menos, muchos años han pasado de desplazamiento, de ser víctima y realmente por parte del municipio, ni del gobierno, ni de los entes que tienen que ver con eso, le dan a uno respuesta de solucionarle, digamos..., hablan de una indemnización, que nunca hay una información al respecto clara, concretamente, tienen a las víctimas es de un lado para otro y los años pasan y los años pasan y realmente los derechos de las víctimas están vulnerados en todo sentido.	No, nunca he recibido una capacitación al respecto

ANÁLISIS GENERAL DE LA PREGUNTA 13

Las percepciones sobre la pregunta “¿Cómo se capacita a los líderes comunitarios y de las víctimas del conflicto armado sobre derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario para facilitar la verificación de la garantía de los derechos y favorezcan el acceso a servicios de salud con calidad a la población identificada como víctima del conflicto armado?”, se dividen en dos unidades:

Primera Unidad: Talleres o capacitaciones con acompañamiento internacional, A.1, A.2, V.2, ejemplos: *“a través de talleres de información” “buscamos a través de otros agentes que nos acompañen a brindar ese fortalecimiento a líderes comunitarios”; “se hicieron talleres con la mesa de víctimas, se trajo la secretaria departamental de víctimas, cuando se hizo con el consejo noruego”; “en cuanto a eso sí, de eso si hemos recibido capacitación en varias ocasiones, por parte de ONG’S que, junto con la colaboración de la administración, sí”.*

Segunda Unidad: No se les capacita, no conoce, A.1 L.1, V.1, V.3, ejemplos: *“llevó mucho tiempo peleando porque a las víctimas les digan cuáles son sus derechos, qué les den una verdadera capacitación, que les digan que tienen derecho y a que no, pero al municipio le gusta que la gente siga ciega, que no reclame, que no digan nada”; “Parcomún es una institución muy aparte que es de GyZ, ellos nos dieron una capacitación, incluso en ley 1448 y en sus decretos obviamente, pero no en derecho humanitario, aún se desconoce. Ninguna”; “no, nunca he recibido una capacitación al respecto”; “no señora, no lo conozco”.*

Tercera Unidad: Capacitación con acompañamiento internacional, pero sin intervención de administración: L.2, L.3, ejemplos: *“hemos tenido la colaboración constante de GyZ Alemania, de Ocha, del comité de refugiados de Noruega, de Oderpaz, de Parcomún, quienes han estado impulsando la capacitación de víctimas en diferentes escenarios y en diferentes áreas”, “las capacitaciones vienen solamente de gente responsable que tiene interés de que Colombia salga del meollo en que se encuentra, Alemania, Canadá, Noruega, y toda una cantidad de países que han sido garantes en diferentes escenarios”; “sí, pero por parte de la administración no, yo he recibido por parte de la ACNUR, por parte de la ONU”.*

Las percepciones de los sujetos de estudios son diferentes. Los administradores (A.2, A.3), señalan que no son responsables de las capacitaciones, incluso A.2, señala que es responsabilidad de la secretaria de gobierno, por su parte A.1 y la víctima V.1, afirman que se han hecho capacitaciones y talleres sobre derechos humanos y derecho internacional humanitario con el apoyo de organizaciones internacionales. Sin embargo, los líderes, L.2 y L.3, dicen que han asistido a reuniones con organizaciones internacionales, pero sin la mediación o intervención de la administración municipal. Por otra parte, el líder L.3 dice que no se han hecho capacitaciones y dice que ha solicitado un diplomado, casi en el mismo sentido la víctima V.1, dice que ha recibido capacitaciones de parte de organizaciones internacionales, pero en no en estas temáticas, y la víctima V.3, dice que no ha recibido ninguna capacitación.

CATEGORÍA I – PREGUNTA No. CATORCE

Tabla 13.

Categoría I, pregunta No. catorce: ¿Cuáles son los mecanismos de participación de los comités de vigilancia epidemiológica, comité de participación comunitaria y veedurías de salud en su municipio?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Pues no te puede dar grandes luces, porque no hago parte de esos comités, pero entiendo siempre que los comités que están aquí en el ente territorial, siempre tratan de incluir mucho los grupos poblaciones y primordial a lo que se está tratando el eje del comité, es decir, si es población víctima, que estén representantes de víctimas, si es el comité de discapacidad que estén líderes de las asociaciones en discapacidad, si es..., dependiendo de la temática, siempre la administración les brinda unos asientos para que sea participativo y ellos tengan real incidencia en la política pública de lo que se esté trabajando.	<i>“siempre tratan de incluir mucho los grupos poblaciones y primordial a lo que se está tratando el eje del comité, es decir, si es población víctima, que estén representantes de víctimas...”</i> <i>“participativo y ellos tengan real incidencia”.</i>	Unidad uno – Otros mecanismos de participación: representación de las víctimas en los comités, red de veedores, reuniones periódicas, oficina de participación social, Veedurías, A.1, A.2. A.3, L.3, V.1, V.2
A.2	Pues nosotros no tenemos una veeduría de víctimas, porque ha tratado de manejarse solo a través de la mesa, a pesar de que nosotros tenemos la promoción de veedurías ciudadanas, porque nosotros conformamos y estamos haciéndole seguimiento de que esas veedurías estén activas, por ejemplo si se vence el tiempo de vigencia en la personería, nosotros avisamos, mire se les va a vencer, renueven la veeduría, ese tipo de cosas lo hacemos a través de una oficina de nosotros que se llama participación social, pero no hay en este momento por parte de nosotros, del seguimiento nuestro no hay ninguna veeduría de víctimas de este, pero sé que existe y se lleva a través de gobierno en la	<i>“no tenemos una veeduría de víctimas, porque ha tratado de manejarse solo a través de la mesa, a pesar de que nosotros tenemos la promoción de veedurías ciudadanas”.</i>	

mesa de víctimas, dentro de esa misma asociación hay unos veedores.

A.3

Sí, señora, de por sí nosotros participamos como es en los comités, lo que es el compus, participamos en el comité de vigilancia epidemiológica, asistimos al consejo territorial de seguridad social en salud y también tenemos una red de veedores, que hace pues como tal, sirven como garante de que se están ejecutando las acciones de acuerdo a la norma vigente.

El compus, son cuatro compus que se realizan al año, ya se hizo el último compus acá en el municipio, con respecto al consejo territorial de salud, hemos asistido en el año a 3; con respecto al comité de vigilancia epidemiológica es mensual, el de veedurías hemos a una reunión de veedurías.

“participamos en el comité de vigilancia epidemiológica, asistimos al consejo territorial de seguridad social en salud y también tenemos una red de veedores”

“El compus, son cuatro compus que se realizan al año”.

“con respecto al comité de vigilancia epidemiológica es mensual, el de veedurías hemos a una reunión de veedurías”.

L.1 Yo hago veeduría de salud y como tal eso no se está haciendo, se están dando una estadísticas que no van a acorde, porque ahoritica no estamos solamente de población desplazada, sino estamos hablando de población inmigrante y eso son los que más han traído enfermedades contagiosas, como tal no, no se ha tenido ninguna prevención radical que diga usted, se están haciendo las cosas, porque es que más, si usted va por la calle, empezando por eso, usted encuentra heces de la gente por todas partes y eso es una contaminación que sí usted llega y pisa o cualquier cosa, eso es un contaminante porque son personas que no están atendidas por médicos, no se les está haciendo un seguimiento, hay rubeola, hay sida, hay sífilis, hay brotes, entonces, no se está haciendo.

Yo hago veeduría de salud y como tal eso no se está haciendo

“En este caso a los veedores no nos tienen en cuenta”.

“la alcaldía como tal, nos ha tenido al margen, salud porque realmente no ha trabajado lo que debe ser”.

Unidad dos - veedurías, pero no las tienen en cuenta o no hay mecanismos. Existe una veeduría, pero la alcaldía no la tiene en cuenta, no existen mecanismos. L.1, L.3

En este caso a los veedores no nos tienen en cuenta, yo hago una veeduría se la hago es al hospital, que mirar que los pacientes sean atendidos, que sean remitidos, que las víctimas del conflicto armado sean atendidas, independientemente, también manejo todos los municipios, entonces yo tengo verificar que sí realmente se les está atendiendo dignamente a cualquier ciudadano. Pero la alcaldía como tal, ha tenido al margen, salud porque realmente no ha trabajado lo que debe ser, porque ellos solamente trabajan adulto mayor y jóvenes, eso es lo único que están trabajando ahorita usted va y mira y las estadísticas son de adulto mayor y jóvenes.

- L.2** En veedurías de salud tenemos una compañera que está centrada en esa situación, en cuanto a las otras áreas, también nos hemos capacitado en veedurías ciudadanas, en cuanto al seguimiento de las políticas públicas, la inclusión de víctimas y todo lo demás, pero en sí el que maneja el timón es el alcalde de turno, y cuando él dice no, es no y solamente emplea los que él quiere, pero no las víctimas que tenemos el objetivo de que las demás víctimas salgamos de ese limbo dormido en el que nos tienen agrupados.

Ninguna, pero solo en papel, esta administración no quiere saber nada de víctimas porque las víctimas fuimos las que denunciemos la corrupción que estaba ejerciendo el alcalde en su momento con el rubro de víctimas.

“En veedurías de salud tenemos una compañera que está centrada en esa situación”.

“nos hemos capacitado en veedurías ciudadanas, en cuanto al seguimiento de las políticas públicas, la inclusión de víctimas y todo lo demás, pero en sí el que maneja el timón es el alcalde de turno, y cuando él dice no, es no y solamente emplea los que él quiere, pero no las víctimas”.

“Ninguna, pero solo en papel, esta administración no quiere saber nada de víctimas porque las víctimas fuimos las que denunciemos la corrupción que estaba ejerciendo el alcalde en su

		<i>momento con el rubro de víctimas”.</i>	
L.3	Ahí una señora que se la pasa allá que dice que vigila, pero eso...	<i>“Ahí una señora que se la pasa allá que dice que vigila, pero eso...”.</i>	
V.1	Nosotros no tenemos nada de eso mamá, nada, nada, nada, no mami eso, o sea, a nosotros ahí sí como yo a veces les digo, cuando alguien hace las cosas mal, les digo yo “usted cierra la puerta y de paso la tranca”, eso fue lo que pasó, con el municipio no se pudo trabajar. Veeduría si se les hizo, eso sí se les hizo, fue lo único que nos permiten hacer y eso porque obviamente uno es necio, y dice no señores algo está pasando, eso está mal, pero lo de los comités, esos comités no existen. La mesa municipal yo la recibí exactamente el 13 de diciembre de 2018, asumí como coordinadora, porque la coordinadora anterior había renunciado. La mesa el año pasado, o sea 2018 y parte de 2019, funcionó en base más que todo al plan operativo que se presentó, nosotros hacemos veeduría, les hacemos control social a determinadas entidades, intentamos que se nos diera información sobre la población real que hay radicada en Pamplona, porque sí hay mucha gente que viene y declara y se va obviamente, sigue su camino o hay gente que está viviendo acá y tiene muchas carencias, esa información, bueno no fue posible tener acceso a ella. La mesa en sí ha trabajado más que todo intentando como frenar que se sigan desapareciendo los recursos de las víctimas, esa fue prácticamente la función que llevamos en año y unos mesecitos. Se hacen cuatro sesiones al año ordinarias y este año quedaron 10 extraordinarias para la vigencia 2020, va a haber más extraordinarias que ordinarias, porque obviamente	<i>“Nosotros no tenemos nada de eso mamá, nada, nada, nada, no mami eso, o sea, a nosotros ahí sí como yo a veces les digo, cuando alguien hace las cosas mal, les digo yo “usted cierra la puerta y de paso la tranca”, eso fue lo que pasó, con el municipio no se pudo trabajar”.</i> <i>“Veeduría si se les hizo, eso sí se les hizo, fue lo único que nos permiten hacer”.</i>	Unidad tres – Veedurías: L3, V2

solo destinan determinado dinero, solo cuatro reuniones y no más, entonces de resto toca de voluntad.

V.2	Sí, que yo sepa dentro del grupo de líderes de víctimas, si han habido compañeros que han participado de la veeduría de proyectos y han aportado y han trabajado en muchos proyectos con respecto a estos temas.	<i>“Sí, que yo sepa dentro del grupo de líderes de víctimas, si han habido compañeros que han participado de la veeduría de proyectos”.</i>
V.3	No conozco ninguna. Estoy enterada que las EPS, hoy por lo menos había una reunión para elegir los nuevos líderes, o digamos los que defienden la salud, pero en general no a víctimas directamente, en general para cambiar la junta directiva, por ejemplo, de la EPS Comparta hoy tenía la convocatoria para elegir la nueva junta, pero no a nivel de víctimas sino a nivel general.	<i>“No conozco ninguna. Estoy enterada que las EPS, hoy por lo menos había una reunión para elegir los nuevos líderes, o digamos los que defienden la salud, pero en general no a víctimas directamente”.</i>

ANÁLISIS GENERAL DE LA PREGUNTA CATORCE

Las percepciones sobre la pregunta “¿Cuáles son los mecanismos de participación de los comités de vigilancia epidemiológica, comité de participación comunitaria y veedurías de salud en su municipio?”, se dividen en tres unidades:

Primera Unidad: Otros mecanismos de participación, (A.1, A.2, A.3), ejemplos: *“siempre tratan de incluir mucho los grupos poblaciones y primordial a lo que se está tratando el eje del comité, es decir, si es población víctima, que estén representantes de*

víctimas...”; “participativo y ellos tengan real incidencia”; “participamos en el comité de vigilancia epidemiológica, asistimos al consejo territorial de seguridad social en salud y también tenemos una red de veedores”; “asistimos al consejo territorial de seguridad social en salud y también tenemos una red de veedores”; “El compus, son cuatro compus que se realizan al año”; “con respecto al comité de vigilancia epidemiológica es mensual, el de veedurías hemos a una reunión de veedurías”.

Segunda Unidad: veedurías, pero no las tienen en cuenta o no hay mecanismos, (L.1, L.2, V.1, V.3), ejemplos: *“yo hago veeduría de salud y como tal eso no se está haciendo”; “en este caso a los veedores no nos tienen en cuenta”; “la alcaldía como tal, nos ha tenido al margen, salud porque realmente no ha trabajado lo que debe ser”; “en veedurías de salud tenemos una compañera que está centrada en esa situación”; “Ninguna, pero solo en papel, esta administración no quiere saber nada de víctimas porque las víctimas fuimos las que denunciemos la corrupción que estaba ejerciendo el alcalde en su momento con el rubro de víctimas”; “nos hemos capacitado en veedurías ciudadanas, en cuanto al seguimiento de las políticas públicas, la inclusión de víctimas y todo lo demás, pero en sí el que maneja el timón es el alcalde de turno, y cuando él dice no, es no”; “Nosotros no tenemos nada de eso mamá, nada, nada, nada, no mami eso, o sea, a nosotros ahí sí como yo a veces les digo, cuando alguien hace las cosas mal, les digo yo “usted cierra la puerta y de paso la tranca”, eso fue lo que pasó, con el municipio no se pudo trabajar”; “veeduría si se les hizo, eso sí se les hizo, fue lo único que nos permiten hacer”; No conozco ninguna. Estoy enterada que las EPS, hoy por lo menos había una reunión para elegir los nuevos líderes, o digamos los que defienden la salud, pero en general no a víctimas directamente”.*

Tercera Unidad: veedurías, (L.3, V.2), ejemplos: *“Ahí una señora que se la pasa allá que dice que vigila, pero eso...”*; *“sí, que yo sepa dentro del grupo de líderes de víctimas, si ha habido compañeros que han participado de la veeduría de proyectos”*.

En primer lugar, los administradores (A.1, A.3) manifiestan que sí existen los comités y que siempre se trata de que todas las poblaciones tengan representación en los mismos, sin embargo, A.2, afirmó que no existían veedurías de víctimas. Por el contrario, los líderes (L.1, L.2, L.3) respondieron que sí se hace una veeduría, en el caso de (L.1, L.2) agregaron que no existe participación de estas veedurías en las decisiones de la administración municipal. Las víctimas V.1 y V.2, también mencionaron que existen veeduría. La víctima V.1, también considera que no se le tiene en cuenta y que es escasamente fue el único mecanismo de participación que se tuvo en el anterior gobierno, pero la víctima V.3, considera que, si existen veedurías, pero no representación de las víctimas.

En conclusión, se denota que no existe representación de las víctimas en los comités mencionados y la veeduría que existe no es tomada en cuenta en las decisiones que toma la administración municipal respecto a la salud de las personas que padecieron la violencia en Colombia.

Análisis general de la Categoría I. Inclusión de las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021) en el Plan de Desarrollo Municipal

La mayoría de respuestas de la entrevista se dividieron en dos o tres unidades. Una que recopilaba las acciones de la administración municipal en cada dimensión del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021), los mecanismos de participación de las víctimas en el gobierno y su capacitación en derechos humanos y derecho internacional humanitario; otra en la que generalmente los líderes y algunas víctimas consideraban no los incluían en las diferentes estrategias y actividades y una más, en la que habitualmente víctimas y líderes manifestaban que dichas acciones no existían o no se conocían.

También hay que tener en cuenta que las acciones en salud pública son las mismas para toda la población pamplonesa, es decir no se brinda atención diferencial por grupos poblacionales y se enfocan en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, más que en el tratamiento y la rehabilitación. A pesar de lo mencionado, los administradores de la política pública afirmaron que se le daba prioridad a las víctimas en la participación de dichas actividades en salud como se refleja en estas respuestas: *“los prioriza en los diferentes programas en la actualidad”, “siempre se trata en los diferentes programas de la administración municipal priorizar a la población víctima”, “hacemos una atención y una priorización de necesidades, ya desde la prestación de los servicios pues se les prioriza de acuerdo a la normatividad vigente...”*.

Lo anterior evidencia que, si bien la administración municipal ejecuta e incluye las estrategias del Plan Decenal de Salud en el Plan de Desarrollo, algunos líderes y víctimas perciben que no son efectivas o son excluyentes con las personas que padecieron el conflicto armado, como se refleja en las siguientes frases: *“no nos invitaron”, “no se tomó en cuenta a ninguna clase de víctima y creo que ni si quiera a la mesa de participación de víctimas del municipio”; “las estrategias han sido bastante grandes y bastante dinámicas, pero es algo que nunca se cumple”; “pero para la salud mental no conozco ningún programa, ni para víctimas, ni para otras personas, no conozco ningún programa sobre eso”; “se supone que las víctimas del conflicto armado tienen prioridad, lo que yo le estoy hablando que no hay prioridad, entonces eso no se tiene, “eso se podría decir que funcionó a medias, le digo que funcionó a medias, porque la seguridad alimentaria no se está dando, ellos esperan a que la persona sea incluida para no darle la que llamamos la atención de emergencia o la ayuda de inmediatez, que eso consta en un mercado...; “Del municipio hacen una o dos años, pero no son efectivas, porque la gente, las víctimas de acá ya no le creemos al municipio, ni mucho menos al gobierno central en cuanto a las políticas públicas para las víctimas porque nunca las cumple”; la alcaldía como tal, nos ha tenido al margen, salud porque realmente no ha trabajado lo que debe ser”; “ninguna, pero solo en papel, esta administración no quiere saber nada de víctimas porque las victimas fuimos las que denunciemos la corrupción que estaba ejerciendo el alcalde en su momento con el rubro de víctimas”; nosotros no tenemos nada de eso mamá, nada, nada, nada, no mami eso, o sea, a nosotros ahí sí como yo a veces les digo, cuando alguien hace las cosas mal, les digo yo “usted cierra la puerta y de paso la tranca”, eso fue lo que pasó, con el municipio no se pudo trabajar”.*

Respecto a las respuestas entre líderes y víctimas, se evidenció que los líderes tienen mayor conocimiento acerca de la implementación de las estrategias, mientras que las víctimas en su mayoría respondieron que no se realizaban o las desconocían por completo como, lo que expresaron en frases como “*no que yo sepa*”, “*desconozco que se está haciendo*”, “*ignorancia total*” en todas las preguntas del cuestionario.

En conclusión, los líderes de las víctimas y víctimas del conflicto armado reconocen las siguientes acciones en salud en las preguntas 2, 3, 6, 8, 9, 14 de la primera categoría: el aseguramiento para las víctimas, las jornadas de salud, el Programa de Alimentación Escolar (PAE), la conformación de un equipo y redes para la atención de emergencias y desastres, aeróbicos y vacunación, que son pocas en comparación con la una cantidad de acciones más amplias mencionadas por los administradores de la política pública, lo que efectivamente sería otro indicio de que las víctimas y líderes de las víctimas de la muestra no participaron suficientemente de las estrategias de salud pública que implementó la administración municipal de 2016 al 2020.

Los administradores destacan dentro de las catorce preguntas estrategias como los programas de salud y prevención de la enfermedad, la conformación de mesas para la participación, las jornadas de salud, también algunas acciones *en atención psicosocial, vacunación, aseguramiento universal, mesa de comunidad diversa, información en salud, conformación de redes sociales y comunitarias, tamizajes en salud mental, valoración antropométrica, campañas sobre tenencia responsable de mascotas, lavado de manos, manipulación limpia de alimentos, capacitaciones en salud mental, asesorías de la agencia de restablecimiento de atención de víctimas del departamento, programas de promoción de la paz y resolución de conflictos, concurso de amor y paz, prevención de violencia de género, de autolesiones, del suicidio, de consumo de sustancias psicoactivas, cursos de reparación emocional y capacitaciones en convivencia social, el Programa de Alimentación Escolar (PAE), promoción y seguimiento de la*

lactancia materna y promoción de hábitos de alimentación saludable, promoción de la salud sexual en los colegios, caracterización en las casas de lenocinio, pruebas rápidas de VIH y hepatitis B, cursos psico profilácticos, conformación de equipos de emergencia, una red de comunicaciones, donaciones de sangre simulacros, promoción de los derechos sexuales y reproductivos, entrega de preservativos, control de la diabetes y la hipertensión, programa de televisión en salud en el canal municipal, detención temprana de la hipertensión, realización de citologías, jornadas de aeróbicos, actividades educativas dirigidas a vendedores informales, recicladores o trabajadores del mercado central del municipio sobre riesgos y prevención de accidentes laborales; asesorías, capacitaciones, reuniones con las víctimas, así como cuatro consejos de justicia transicional que se desarrollan a lo largo del año, capacitaciones con apoyo internacional.

A pesar de las estrategias mencionadas, algunas recibieron críticas, especialmente por parte de los líderes, como, por ejemplo, las jornadas de salud, el Programa de Alimentación Escolar (PAE), la falta de participación en los comités de justicia transicional, vigilancia epidemiológica, comité de participación comunitaria y veedurías de salud, ausencia de capacitaciones en derechos humanos y derecho internacional humanitario, como por ejemplo se expresa en los siguientes ejemplos:

Críticas a las jornadas integrales de salud, (preguntas 2 y 3 sobre estrategias del Plan Decenal y Plan de Desarrollo

Municipal): *Sí, han hecho jornadas de salud, pero eso no alcanza a pasar toda la gente, traen por ahí un médico, un odontólogo, pero eso no es..., una jornada para tantas personas tiene que ser de varios días, no de un solo día; hacen una especie de brigada de salud, pero es solamente atraer a la gente, atraer a las víctimas”.*

Críticas al Programa de Alimentación Escolar, PAE (pregunta 6 sobre seguridad alimentaria): *“Bienestar Familiar tenía un programa para las víctimas del conflicto armado donde les daban suplementos para las familias, para los niños y eso, eso lo monopolizaron”; “no se está teniendo en cuenta ni siquiera en los colegios o por lo menos mirar esos niños que están creciendo, como están, si están nutridos o no están”; “en diferentes ocasiones he tenido que ir a prácticamente a pelear para que esto se cumpla”, “solamente por ahí en las escuelas es que les dan el almuerzo a los pelados, que se ha peleado que se les dé gratis”, “eso se podría decir que funcionó a medias, le digo que funcionó a medias, porque la seguridad alimentaria no se está dando, ellos esperan a que la persona sea incluida para no darle la que llamamos la atención de emergencia o la ayuda de inmediatez, que eso consta en un mercado...”; “yo conozco casos de niños que muchas veces ni con un agua de panela se pueden venir, como se levantaron se alistaron, les tocó venirse. Es injusto que el ente municipal no haya prestado la atención que se necesitaba para apoyar esos niños”.*

Críticas ante la falta de socialización de los derechos y deberes contemplados en la justicia transicional (pregunta 12): *No, porque solamente vienen y hacen una charla, firman un papelito, se van y listo, eso es lo que les hacen a las víctimas, o sea las reactivimizan”; “se realizan cuatro consejos, cuatro encuentros de justicia transicional al año y a las víctimas solamente las invitan solamente para que aparezcan allá como firmantes”, “las víctimas nunca son tenidas en cuenta”; “Participan dos integrantes de la mesa municipal de víctimas, pero como ya le digo, son personas que muchas veces no conocen los procedimientos, ni saben de leyes, ni conocen la ley de víctimas a fondo, entonces son fáciles de moldear porque los acomodan a las necesidades del alcalde de turno”; “hasta la fecha no se había tenido en cuenta como es el comité de justicia transicional, ni la mesa municipal de víctimas”;*

“eso parece un chiste, no van, los que van llegan tarde, no se habla en sí de lo que se necesita para la población víctima, no se tiene un enfoque”.

Críticas ante la falta de capacitación de los líderes en derechos humanos y derecho internacional humanitario (pregunta 13)*“llevó mucho tiempo peleando porque a las víctimas les digan cuáles son sus derechos, qué les den una verdadera capacitación, que les digan que tienen derecho y a que no, pero al municipio le gusta que la gente siga ciega, que no reclame, que no digan nada” las capacitaciones vienen solamente de gente responsable que tiene interés de que Colombia salga del meollo en que se encuentra, Alemania, Canadá, Noruega, y toda una cantidad de países que han sido garantes en diferentes escenarios”; “sí, pero por parte de la administración no, yo he recibido por parte de la ACNUR, por parte de la ONU”.*

Críticas sobre los mecanismos de participación de los comités de vigilancia epidemiológica, comité de participación comunitaria y veedurías de salud (pregunta 14):*yo hago veeduría de salud y como tal eso no se está haciendo”; “en este caso a los veedores no nos tienen en cuenta”; “la alcaldía como tal, nos ha tenido al margen, salud porque realmente no ha trabajado lo que debe ser”; “Ninguna, pero solo en papel, esta administración no quiere saber nada de víctimas porque las víctimas fuimos las que denunciemos la corrupción que estaba ejerciendo el alcalde en su momento con el rubro de víctimas”.*

Finalmente se puede afirmar que no existe una comunicación entre los diferentes sujetos de estudio, según las respuestas indicadas no hay participación suficiente de las víctimas, ni tampoco existe una coordinación entre las necesidades reales de ellas y las actividades que ejecuta la alcaldía del municipio.

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS DEL ESTUDIO:

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA (PDSP 2012 - 2021) EN VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN PAMPLONA

CATEGORÍA II. GESTIÓN INSTITUCIONAL – PREGUNTA No. UNO

Tabla 14.

Categoría II, pregunta No. uno ¿Qué instituciones posee el municipio para responder a las demandas y necesidades de salud de las víctimas del conflicto armado?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Primero la atención a víctimas, por lo general entran las personas en la ruta de atención, entran las personas en situación ya sea de hablando de una inmediatez, llegan a la personería municipal, presentan su declaración, son remitidas a gobierno para la ayuda humanitaria inmediata y activación del plan de contingencia, porque el plan de contingencia se activa no solamente para un desplazamiento masivo, sino para cualquier hecho victimizante, entonces en el complemento de salud se le pregunta a la persona, primero se hace una valoración del tema de atención psicosocial, cómo se encuentra, si tiene el tema de..., si tiene una herida, si tiene un golpe, muchas situaciones que pueden llegar a pasar en una situación de emergencia y son acompañadas por la dirección local de salud para la atención en el respectivo puesto de salud u hospital, en este caso el hospital, quienes prestan atención de manera inmediata atención a la población víctima.	<i>“personería municipal”</i> <i>“gobierno”</i> <i>“la dirección local de salud puesto de salud u hospital”</i>	Unidad uno - personería municipal, gobierno, dirección local de salud y hospital, bases de datos, instituciones gubernamentales. (A.1, A.2, A.3, L.2, L.3) Unidad dos - existen pero no funcionan para las víctimas (L.1, V.3)

A.2	Bueno, primero por derechos humanos, personería; segundo por articulación y desarrollo de la política pública, gobierno, secretaria de gobierno y ya cada una de las secretarías, yo diría que todas, todos los despachos, ¿por qué? por que cómo es transversal, son poblaciones vulnerables de trabajo transversal, pero digamos que dirigiendo esas dos, personería desde sus derechos y gobierno desde el desarrollo del trabajo de ellos del desarrollo de la política pública. A nivel municipal claro todas las otras como colegios, cajas de compensación, entre otras, y lo que digo todas las entidades de manera transversal deben hacer una atención prioritaria con ellas.	<i>“personería; gobierno, secretaria de gobierno y ya cada una de las secretarías”.</i> <i>como colegios, cajas de compensación, entre otras, y lo que digo todas las entidades de manera transversal deben hacer una atención prioritaria con ellas.</i>
A.3	En este momento la única IPS que está prestando servicios, relacionado con primero y segundo nivel es el hospital San Juan de Dios de Pamplona.	<i>Hospital San Juan de Dios de Pamplona.</i>
L.1	Como tal, que las tengan en cuenta tengo tres señoras que tienen necesidades porque tienen problemas con las EPS, triste, porque están solas y nadie ni siquiera para una tutela, o sea, no hay una persona que diga que las víctimas del conflicto armado, yo tengo que hacerles las tutela, porque eso me lo obligan, independientemente quien sea, las víctimas están solas y no le hacen acompañamiento, la única que les hace acompañamiento cuando sé, soy yo que obligo a las entidades a que tienen que hacer, de resto no. Se supone que personería, gobierno, bienestar familiar que son las entidades que manejan sobre todo desplazados.	<i>las víctimas están solas y no le hacen acompañamiento</i> <i>Se supone que personería, gobierno, bienestar familiar que son las entidades que manejan sobre todo desplazados.</i>
L.2	Pues la única que hay es el hospital con todas sus limitaciones que tienen porque las EPS y todos los demás les adeudan hasta el alma y nunca les cumple, por la misma corrupción que maneja el gobierno central, entonces lo único que se conoce acá es el hospital, pero con las limitaciones que tiene, porque primero atienden a la gente de Venezuela, porque la gente de Venezuela está recibiendo el apoyo de otros países y ellos si le giran en efectivo, entonces el	<i>El único que se conoce es el hospital, pero con las limitaciones que tiene, porque primero atienden a la gente de Venezuela, porque la gente de Venezuela está recibiendo el apoyo de otros países y ellos si le giran en</i>

hospital está agónico en cuanto a recursos propios para atender a las víctimas.	<i>efectivo, entonces el hospital está agónico en cuanto a recursos propios para atender a las víctimas.</i>
L.3 La universidad los jóvenes que estudian derecho, y nosotros tenemos como víctimas tenemos un representante allá en la alcaldía, un enlace, tanto en la personería como en la secretaría de Gobierno. Ellos tienen el derecho de colaborarnos cuando necesitamos un derecho de petición, cuando necesitamos una tutela o cualquier información de las víctimas, ellos tienen como una clave para entrar al Vivanto a donde ellos nos pueden dar información.	<i>nosotros tenemos como víctimas tenemos un representante allá en la alcaldía, un enlace, tanto en la personería como en la secretaría de Gobierno</i>
V.1 Pues que instituciones deberían prestarnos la atención inicial, quedó solamente el hospital porque la clínica la cerraron, quedarían las diferentes ARS que existen y la IPS Medimás que es la que tiene varios afiliados que son de población víctima.	<i>quedó solamente el hospital porque la clínica la cerraron</i>
V.2 Pues en el momento creo que solamente está el hospital porque la clínica la cerraron.	<i>solamente está el hospital porque la clínica la cerraron.</i>
V.3 Pues instituciones como tal para víctimas directamente no conozco yo, igual nos brindan un servicio como se lo brindan a cualquier ciudadano, no tenemos prioridad en ningún sentido. Y por lo menos yo tuve una inconformidad porque la doctora que me ve mi problema de hipertensión me mandó para donde el optómetra y fui a reclamar las gafas y no me las dieron, entonces yo puse una queja en una oficina que hay ahí en la alcaldía, pero se quedó ahí en una queja no dieron ninguna solución.	<i>Pues instituciones como tal para víctimas directamente no conozco yo, igual nos brindan un servicio como se lo brindan a cualquier ciudadano, no tenemos prioridad en ningún sentido</i>

ANÁLISIS DE LA PREGUNTA UNO

Las percepciones sobre la pregunta “¿Qué instituciones posee el municipio para responder a las demandas y necesidades de salud de las víctimas del conflicto armado?” se dividieron en dos unidades de análisis:

Unidad uno: personería municipal, gobierno, dirección local de salud y hospital, bases de datos, instituciones gubernamentales.

(A.1, A.2, A.3, L.2, L.3, V.1, V.2), ejemplos: *“personería municipal..., gobierno, dirección local de salud..., puesto de salud..., hospital”; “personería; gobierno, secretaria de gobierno y ya cada una de las secretarías”; “como colegios, cajas de compensación, entre otras, y lo que digo todas las entidades de manera transversal deben hacer una atención prioritarias con ellas”; “hospital San Juan de Dios de Pamplona”; “pues la única que hay es el hospital con todas sus limitaciones”; “nosotros tenemos como víctimas tenemos un representante allá en la alcaldía, un enlace, tanto en la personería como en la secretaría de Gobierno”; “quedó solamente el hospital porque la clínica la cerraron”; “solamente está el hospital porque la clínica la cerraron”.*

Unidad dos: existen, pero no funcionan para las víctimas (L.1, V.3); ejemplos: *“las víctimas están solas y no le hacen acompañamiento... se supone que personería, gobierno, bienestar familiar que son las entidades que manejan sobre todo desplazados”; “pues instituciones como tal para víctimas directamente no conozco yo, igual nos brindan un servicio como se lo brindan a cualquier ciudadano, no tenemos prioridad en ningún sentido”.*

Los administradores, dos de los líderes de las víctimas y una víctima, entrevistados para este estudio, reconocieron a algunas instituciones que responden a las demandas y necesidades de salud de las víctimas del conflicto armado, entre esas la personería, las secretarías de la Alcaldía y el Hospital San Juan de Dios de Pamplona. Sin embargo, un líder y una víctima consideran que no existen dichas instituciones; en este caso el líder dice que, aunque se supone que la oficina de gobierno y Bienestar Familiar son entidades que deben hacer acompañamiento a las víctimas, no lo hacen, en el caso de la víctima dice que las entidades que existen no les brindan ninguna prioridad a las víctimas y que tampoco hay instituciones específicas para ellas.

CATEGORÍA II. GESTIÓN INSTITUCIONAL – PREGUNTA No. DOS

Tabla 15.

Categoría II, pregunta No. dos: ¿De dónde provienen los recursos que financian a las instituciones que responden a las demandas y necesidades de las víctimas?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	El hospital tiene sus recursos que son asignados por el departamento, digo yo y que como son recursos, algunos recursos pueden venir con destinación específica, pueden venir del sistema de regalías, eso es dependiendo de la estructura presupuestal de hospital. En presupuesto municipal hay recursos propios, que son de acuerdo de funcionamiento en temas de recaudación de impuesto, el alcalde siempre designa algunos recursos para la atención a la población víctima, tales como el impuesto de ganado, el impuesto que piden de industria y comercio, prediales y demás, todos esos impuestos municipales se recaudan y el alcalde los comienza a distribuir de acuerdo a las necesidades que hay en el municipio. Aparte de eso hay unos recursos de destinación directa, o sea en el tema de salud, ya eso ya algunos vienen, por decir mil millones de aseguramiento, esos mil millones son para aseguramiento de la comunidad no puedo tomarlo para educación, para infraestructura o vías.	<i>“que son asignados por el departamento pueden venir del sistema de regalías”.</i> <i>“En presupuesto municipal hay recursos propios, que son de acuerdo de funcionamiento en temas de recaudación de impuesto”.</i> <i>“Aparte de eso hay unos recursos de destinación directa”.</i>	Unidad uno - sistema de regalías, recursos propios, recaudación de impuestos, presupuesto para población vulnerable, asignación nacional, departamental o municipal, unidad de víctimas (A.1, A.2, A.3, L.1, L.2, L.3, V.2) Unidad dos - no sabe o no está segura (V.1, V.3)

A.2	Pues sé que tienen unos rubros presupuestales, pero no los conozco, sé que el programa de víctimas tiene un presupuesto, tiene unos manejos, que esos manejos y ese presupuesto es socializado en la mesa de víctimas, y que en esa mesa se rinden cuentas de qué manera esos dineros fueron ejecutados desde educación, desde salud, desde subsidios, bueno de todos los programas sé que tienen presupuestos, pero no lo conozco. Hay un presupuesto para población vulnerable que se divide entre todos los grupos que conforman esta población, por decir niños, adultos mayores, etnias y víctimas del conflicto armado.	<i>Pues sé que tienen unos rubros presupuestales, pero no los conozco</i> <i>Hay un presupuesto para población vulnerable que se divide entre todos los grupos que conforman esta población, por decir niños, adultos mayores, etnias y víctimas del conflicto armado.</i>
A.3	Igual son manejos ya propios de la institución, también las contrataciones que tienen con la capb como tal y los recursos que asigna a nivel nacional.	<i>también las contrataciones que tienen con la capb como tal y los recursos que asigna a nivel nacional.</i>
L.1	Del Estado, del municipio, del Estado y de la gobernación, del departamento.	<i>Del Estado, del municipio, del Estado y de la gobernación, del departamento.</i>
L.2	Claro, eso es un rubro especial, de acuerdo al porcentaje que tiene el plan nacional de desarrollo para la salud pública, pero entonces como le digo, son muy limitadas las situaciones porque los recursos no llegan a su debido tiempo y la demanda de servicios siempre va a seguir creciendo, entonces es algo que no se cumple tampoco.	<i>eso es un rubro especial, de acuerdo al porcentaje que tiene el plan nacional de desarrollo para la salud pública</i>
L.3	Pues de los mismos recursos que dejan para las víctimas del municipio.	<i>Pues de los mismos recursos que dejan para las víctimas del municipio.</i>
V.1	No, eso sí lo desconozco.	<i>No, eso sí lo desconozco.</i>
V.2	Esos recursos provienen del gobierno central.	<i>Esos recursos provienen del gobierno central.</i>
V.3	Pues se supone que vienen de la Unidad de víctimas, ¿no?, pero realmente no sabe uno que es lo que mandan y que no manda, o por lo menos yo no lo sé.	<i>Pues se supone que vienen de la Unidad de víctimas, ¿no?, pero realmente no sabe uno que es lo que mandan y que no</i>

manda, o por lo menos yo no lo sé.

ANÁLISIS DE LA PREGUNTA DOS

Las respuestas a la pregunta “¿De dónde provienen los recursos que financian a las instituciones que responden a las demandas y necesidades de las víctimas?”, se dividieron en dos unidades:

Unidad Uno: sistema de regalías, recursos propios, recaudación de impuestos, presupuesto para población vulnerable, asignación nacional, departamental o municipal, unidad de víctimas (A.1, A.2, A.3, L.1, L.2, L.3, V.2), ejemplos: *“que son asignados por el departamento pueden venir del sistema de regalías; “En presupuesto municipal hay recursos propios, que son de acuerdo de funcionamiento en temas de recaudación de impuesto”. “Aparte de eso hay unos recursos de destinación directa”. Hay un presupuesto para población vulnerable que se divide entre todos los grupos que conforman esta población, por decir niños, adultos mayores, etnias y víctimas del conflicto armado; también las contrataciones que tienen con la capb como tal y los recursos que asigna a nivel nacional. Del Estado, del municipio, del Estado y de la gobernación, del departamento; eso es un rubro especial, de acuerdo al porcentaje que tiene el plan nacional de desarrollo para la salud pública; pues de los mismos recursos que dejan para las víctimas del municipio; esos recursos provienen del gobierno central”.*

Unidad dos: no sabe o no está segura (V.1, V.3), ejemplos: “no, eso sí lo desconozco”; *“pues se supone que vienen de la Unidad de víctimas, ¿no?, pero realmente no sabe uno que es lo que mandan y que no manda, o por lo menos yo no lo sé”*.

La mayoría de los entrevistados, administradores y líderes, manifestaron que el presupuesto provenía del orden municipal, departamental o nacional, sin embargo, sólo los administradores explicaron más explícitamente la procedencia de los recursos, mientras líderes y víctimas mostraron más desconocimiento en sus respuestas. Además, dos de las víctimas manifestaron que no estaban seguros de saberlo.

CATEGORÍA II – PREGUNTA No. TRES

Tabla 16.

Categoría II, pregunta No. tres: ¿Qué tipo de talento humano posee el municipio para garantizar la atención en salud de las víctimas del conflicto armado?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Toda la oferta en el tema hospitalario, en el tema de salud, la articulación desde la dirección local de salud con profesionales garantes de atender una situación. Están psicólogas, hay abogados para asistencia en temas legales, tienen nutricionistas, tienen con el hospital a través del acuerdo de salud pública tienen los médicos, odontólogos, especialistas y de más para atender la situación de atención de la población víctima en temas de salud.	<i>Están psicólogas, hay abogados para asistencia en temas legales, tienen nutricionistas, tienen con el hospital a través del acuerdo de salud pública tienen los médicos, odontólogos, especialistas y de más para atender la situación de atención de la población víctima en temas de salud</i>	Unidad uno - psicólogos, abogados, nutricionistas, médicos, odontólogos, especialistas, contratistas, equipo interdisciplinario (A.1, A.2, A.3, L.3, V.2) Unidad dos - no hay (L.1, L.2, V.1, V.3)
A.2	Bueno, aquí la dirección local de salud tiene 32 contratistas en todos los programas que hay de salud, como víctimas es un proceso transversal podría decirse que el 100% de los trabajadores saben que hay una población vulnerable prioritaria, que son ellos y las acciones pues van encaminadas en vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, participación social, promoción social, adulto mayor, discapacidad, vigilancia epidemiológica y aseguramiento en salud.	<i>la dirección local de salud tiene 32 contratistas en todos los programas que hay de salud, como víctimas es un proceso transversal podría decirse que el 100% de los trabajadores saben que hay una población vulnerable prioritaria</i>	

A.3	Bueno, relacionado con el municipio pues igual ellos tienen allá un comité como tal conformado o un equipo interdisciplinario y nosotros acá tenemos el portafolio de servicios donde esta primero y segundo nivel incluye pues servicios de urgencia, consulta externa, especializados, hospitalización, cirugía como tal .	<i>“relacionado con el municipio pues igual ellos tienen allá un comité como tal conformado o un equipo interdisciplinario y nosotros acá tenemos el portafolio de servicios”</i>
L.1	No, porque las víctimas usted, mande a alguien a salud, a gobierno o a personería, y diga a ver es que yo soy víctima del conflicto armado y tengo un problema de salud a ver quién se lo soluciona, no más eso se lo pongo ahí para que usted mire donde está.	<i>“no” “diga a ver es que yo soy víctima del conflicto armado y tengo un problema de salud a ver quién se lo soluciona, no más eso se lo pongo ahí para que usted mire donde está”.</i>
L.2	Esa parte vuelvo y le reitero que el mejor apoyo que hemos tenido es el consultorio jurídico de la Universidad, los estudiantes de psicología, los estudiantes de terapia de la universidad, porque de la alcaldía lo único que hay es burocracia, con B de burro , burocracia amañada, y nunca cumplen con los objetivos, acá nunca se ha visto una política clara y directa dirigida a las víctimas del conflicto.	<i>“porque de la alcaldía lo único que hay es burocracia, con B de burro”.</i>
L.3	En salud como que hay un abogado donde también le hace a uno las tutelas para cuando no nos llegan los medicamentos, allá también hay un defensor, un abogado.	<i>“En salud como que hay un abogado donde también le hace a uno las tutelas”</i>
V.1	No hay ninguno. Ahorita si se necesita hacer una tutela o hacer un derecho de petición o radicar negligencias médicas, lo más común que se está usando es el juzgado porque es que en ninguna parte le van a prestar atención a esas personas.	<i>No hay ninguno</i>
V.2	Pues ahí por parte del municipio yo creo que está el personero que es el que vela por los derechos y deberes de nosotros y es el que aboga por nosotros en caso de que nos violen nuestros	<i>Pues ahí por parte del municipio yo creo que está el personero que es el que vela por los derechos y deberes de nosotros</i>

derechos, ¿no? Y ahí en la oficina de salud de la alcaldía nos brinda cualquier información, cualquier inquietud que necesitemos.

V.3 No, no conozco ninguno. Solo a nivel general. *No, no conozco ninguno. Solo a nivel general.*

ANÁLISIS DE LA PREGUNTA TRES

Las percepciones sobre la pregunta “¿Qué tipo de talento humano posee el municipio para garantizar la atención en salud de las víctimas del conflicto armado?” se dividieron en dos unidades de análisis:

Unidad uno: psicólogos, abogados, nutricionistas, médicos, odontólogos, especialistas, contratistas, equipo interdisciplinario (A.1, A.2, A.3, L.3, V.2), ejemplos: “*Están psicólogas, hay abogados para asistencia en temas legales, tienen nutricionistas, tienen con el hospital a través del acuerdo de salud pública tienen los médicos, odontólogos, especialistas y de más para atender la situación de atención de la población víctima en temas de salud*”; “*la dirección local de salud tiene 32 contratistas en todos los programas que hay de salud, como víctimas es un proceso transversal podría decirse que el 100% de los trabajadores saben que hay una población vulnerable prioritaria*”; “*relacionado con el municipio pues igual ellos tienen allá un comité como tal conformado o un equipo interdisciplinario y nosotros acá tenemos el portafolio de servicios*”; “*en salud como que hay un abogado donde también le*

hace a uno las tutelas”; “pues ahí por parte del municipio yo creo que está el personero que es el que vela por los derechos y deberes de nosotros”.

Unidad dos: (L.1, L.2, V.1, V.3), **no hay**, *“no... diga a ver es que yo soy víctima del conflicto armado y tengo un problema de salud a ver quién se lo soluciona, no más eso se lo pongo ahí para que usted mire donde está”; ““porque de la alcaldía lo único que hay es burrocracia, con B de burro”; “no hay ninguno”; “no, no conozco ninguno. Solo a nivel general”.*

Las percepciones de los participantes del estudio se dividieron en dos unidades. Por una parte, los administradores, un líder y una víctima consideran que hay todo un equipo de trabajo interdisciplinario conformado por personal de salud y abogados que trabajan por garantizar la atención en salud a las víctimas. Sin embargo, la mayor parte de los líderes y de las víctimas manifestaron que no existe talento humano que cumpla esa función.

CATEGORÍA II – PREGUNTA No. CUATRO

Tabla 17.

Categoría II, pregunta No. cuatro: ¿Cómo se capacita el talento humano en salud?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Eso de acuerdo a lo estipulado en el Plan Decenal de Salud, me imagino que habrá unos parámetros de cómo debe ser la atención, porque debemos de recordar que este es un grupo población muy vulnerable y que ha tenido afectaciones por el mismo conflicto armado. No es lo mismo que una persona del común vaya al hospital por que sufrió un accidente, o tiene dolor de cabeza, o por un susto, a que vaya una víctima del conflicto armado, porque si en ese susto comienza la persona a recapitular todo el hecho victimizante puede sufrir una crisis psicológica, entonces siempre la atención, la intervención siempre genera un cuidado especial por toda la connotación que ha sufrido este grupo poblacional. Eso lo articula directamente el IDS, porque es que la atención a la población víctima no es solamente de la alcaldía, la reparación, para eso hay un sistema de donde están los ministerios de salud, de educación, todos los ministerios y están el departamento, las gobernaciones, las alcaldías, la personería, los entes de control, o sea, la reparación de las víctimas no solamente es de la alcaldía por eso la gobernación, como uno de los que tiene la obligación de atender a la población víctima a través del IDS, articula también todo esto, como debe ser la	<i>A través del IDS, articula también todo esto, como debe ser la intervención, la educación a los profesionales para intervenir a una víctima del conflicto armado</i>	Unidad uno - los capacita el Instituto Departamental de Salud (IDS), guías de 20 pasos para atender a diferentes poblaciones, capacitaciones periódicas desde un enfoque de derechos (A.1, A.2, A.3) Unidad dos - no los capacitan o los capacitan pero no responden a las necesidades de las víctimas (L.1, L.2, L.3, V.1, V.2, V.3)

intervención, la educación a los profesionales para intervenir a una víctima del conflicto armado.	
A.2	Bueno, la capacitación es integral, el plan decenal es integral como le digo se ven en dimensiones y sabemos que las víctimas hacen parte de la dimensión transversal de las poblaciones vulnerables y como tal estamos entrenados todos para reconocer una población vulnerable y cuando ya es reconocida, trabajar con ellos los lineamientos que están enmarcados, primero en el plan territorial, que es un plan que se hace para cuatro años, y obviamente ese plan territorial va armonizado con el plan de desarrollo y en el marco de eso en el desarrollo de cada una de las actividades que están dentro del plan. También se utilizan unas guías de 20 pasos para atender a las diferentes poblaciones y las capacitaciones las realiza directamente el IDS.
A.3	Bueno nosotros acá tenemos unos comités donde se hacen capacitaciones periódicas para actualizar al recurso humano y se hace desde el enfoque de derechos de todas las personas, derechos humanos y como tal desde el enfoque diferencial, o sea, atendemos a la población diferente de su condición. <i>Bueno nosotros acá tenemos unos comités donde se hacen capacitaciones periódicas para actualizar al recurso humano y se hace desde el enfoque de derechos de todas las personas, derechos humanos y como tal desde el enfoque diferencial, o sea, atendemos a la población diferente de su condición.</i>
L.1	No se está haciendo, no se hace. <i>No se está haciendo, no se hace.</i>
L.2	Pues los llaman a capacitaciones y llegan y no, como sí nada solamente exhiben la capacitación que le dan, pero efectiva, efectiva, nunca lo hacen, nunca llega a las víctimas. <i>“Pues los llaman a capacitaciones y llegan y no, como sí nada solamente exhiben la capacitación que le dan”</i>
L.3	No señora, no hay <i>No señora, no hay</i>

-
- | | |
|--|--|
| <p>V.1 Ahí es donde está la falla. El personal que atiende a la población víctima no está haciendo capacitado, por eso le decía yo, es muy difícil y es entendible de que la persona llegue estresada, cansada, con nervios, bueno todo eso, y la otra persona no sabe qué hacer, ¿por qué? Porque es que nunca tuvieron una capacitación donde se les explica hombre, mire esta persona viene con tales carencias, de pronto con tales problemas, si fue violación sexual, o si fue tortura viene con tales y tales problemas, o si vienen de explosiones, tantas maneras que existen o que han usado los grupos al margen de la ley para victimizar a las personas, que uno se queda aterrado al conocer tantos casos, y entonces las personas no tienen la capacitación y pues obviamente mucho menos van a tener la empatía para atender a esa persona, entonces mientras no hayan capacitaciones para esas personas y decirle a esta persona hay que tratarla diferente, hay que hacer esto, pónganse en el puesto de ella, hagámoslo así, no puede funcionar.</p> | <p><i>“Ahí es donde está la falla. El personal que atiende a la población víctima no está haciendo capacitado”</i></p> |
| <p>V.2 Yo digo que sí hay personal capacitado tanto en la parte de salud como administrativo, pero entonces de pronto no responden a las expectativas o las demandas de salud de la población víctima como se quisiera, porque no de pronto no hay como ese acoplamiento, como ese empalme, deberían como hacer un seguimiento, deberían como una estadística sobre qué población es la más necesitada.</p> | <p><i>Yo digo que sí hay personal capacitado tanto en la parte de salud como administrativo, pero entonces de pronto no responden a las expectativas o las demandas de salud de la población víctima como se quisiera, porque no de pronto no hay como ese acoplamiento, como ese empalme,</i></p> |
| <p>V.3 No, no lo conozco. Pues digamos que por lo menos cuando se van autorizar por lo menos citas médicas o se va a buscar una cita médica, la atención es bastante demorada porque hay poco personal, debería haber un poquito más de personas en esos cargos para que se haga más flexible la atención, pero aclaro que eso tampoco es dirigido a víctimas, eso es a nivel general, o sea, para todo el pueblo.</p> | <p><i>No, no lo conozco.</i></p> |
-

ANÁLISIS DE LA PREGUNTA CUATRO

Las percepciones sobre la pregunta “¿Cómo se capacita el talento humano en salud?” se dividieron en dos unidades de análisis:

Unidad uno: los capacita el Instituto Departamental de Salud (IDS), guías de 20 pasos para atender a diferentes poblaciones, capacitaciones periódicas desde un enfoque de derechos (A.1, A.2, A.3), ejemplos: *“a través del IDS, articula también todo esto, como debe ser la intervención, la educación a los profesionales para intervenir a una víctima del conflicto armado”*; *“también se utilizan unas guías de 20 pasos para atender a las diferentes poblaciones y las capacitaciones las realiza directamente el IDS”*; *“Bueno nosotros acá tenemos unos comités donde se hacen capacitaciones periódicas para actualizar al recurso humano y se hace desde el enfoque de derechos...”*.

Unidad dos: no los capacitan o los capacitan, pero no responden a las necesidades de las víctimas (L.1, L.2, L.3, V.1, V.2, V.3), ejemplos: *“No se está haciendo, no se hace”*; *“pues los llaman a capacitaciones y llegan y no, como sí nada solamente exhiben la capacitación que les dan”*; *“No señora, no hay”*; *“ahí es donde está la falla. El personal que atiende a la población víctima no está haciendo capacitado”*; *“Yo digo que sí hay personal capacitado tanto en la parte de salud como administrativo, pero entonces de pronto no responden a las expectativas o las demandas de salud de la población víctima como se quisiera, porque no de pronto no hay como ese acoplamiento, como ese empalme”*; *“no, no lo conozco”*.

Las percepciones de los sujetos de estudios fueron contradictorias. Los administradores de la política pública entrevistados manifestaron que se el Instituto Departamental de Salud y el hospital realizan capacitaciones para atender a la población diferencial y que también existen unas guías con 20 pasos para realizar esta atención. Sin embargo, tanto líderes como víctimas manifestaron que no consideran que el personal esté capacitado para atender a las víctimas, sólo una de las víctimas aclaro que sí considera que están capacitados, pero que no responden a las necesidades que ellos tienen.

CATEGORÍA II – PREGUNTA No. CINCO

Tabla 18.

Categoría II, pregunta No. cinco: ¿Qué infraestructura y tecnología sanitaria tiene el municipio para garantizar el acceso a la salud de las víctimas del conflicto armado?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Tenemos un hospital totalmente dotado, igual manera hay unos puestos de salud habilitados para garantizar la atención a la población, no solamente víctima, sino también población en general. Hay que tener en cuenta que el municipio de Pamplona es un municipio receptor, no es un municipio expulsor, afortunadamente no contamos con grupos al margen de la ley en el marco del conflicto, esa es una ventaja que tiene Pamplona. En cuanto a tecnología, eso lo articula dirección de salud con el IDS.	<i>“Tenemos un hospital totalmente dotado, igual manera hay unos puestos de salud habilitados para garantizar la atención a la población, no solamente víctima, sino también población en general”.</i>	Unidad uno - hospital. (A.1, A.3) Unidad dos - no se tiene infraestructura, ni tecnología: (L.1, L.3, V.1, V.2) Unidad tres - existe infraestructura y tecnología pero es limitada (A.1, L.2, V.3)
A.2	Nosotros hablábamos antes de que la salud se veía sólo como si fuera enfermedad, como si fuera prestación de servicio, la prestación de los servicios de salud se da en una infraestructura muy pequeña, o digamos muy reducida, muy limitada. En este momento la prestación de servicios de salud está limitada a las IPS de primer nivel que operan en el municipio que son 11 IPS de primer nivel que son muy básicas, son consultorios..., cuando yo hablé de unidades primarias puede ser un consultorio odontológico, puede ser un consultorio	<i>la prestación de los servicios de salud se da en una infraestructura muy pequeña, o digamos muy reducida, muy limitada.</i> <i>está limitada a las IPS de primer nivel que operan en el municipio que son 11 IPS de primer nivel que son muy básicas, son consultorios</i>	

médico particular, pero como tal clínica tenemos cerrada la clínica Pamplona, la única que está funcionando de segundo nivel es el hospital San Juan de Dios y si miramos infraestructura como tal es muy reducida y es muy básica, pero si miramos la salud desde el punto de vista de la promoción y la prevención, si podemos abarcar todas las 10 dimensiones del Plan Decenal de Salud y a través de estas dimensiones podemos hablar de que se promovió en gran parte todas las metas del plan de desarrollo, del plan territorial que buscan el mejoramiento de la calidad de vida sobre todo el mejoramiento y mantenimiento de la salud que es lo que nosotros trabajamos en salud pública, y en ese sentido si hay un acceso grande a la información, a la capacitación, al mantenimiento de la salud, a los tamizajes, a la canalización, pero ya a la prestación como tal si es muy reducida en Pamplona y se puede decir que nosotros como demanda superamos la oferta institucional que hay, porque hay gran demanda de población y poca oferta de instituciones.

Los problemas de infraestructura y los problemas de oferta institucional lamentablemente no es del resorte, ni de las competencias de nosotros, porque nosotros principalmente no manejamos recursos de subsidio a la oferta, no manejamos recursos y competencias de habilitación de infraestructura, sé que viene una reforma a la salud y que se van a empezar a mirar las redes de prestación de servicios, las redes es así como el grupo aval de los bancos, en donde un grupo de bancos, un grupo de sedes se unen y conforman una red y esa red tiene presencia a nivel nacional y desde que usted sea miembro de esa va a tener prestación nacional sin límites, eso se viene venir y la red sería una buena alternativa para Pamplona donde ya los privados pudieran hacer parte de la red y de esa manera el aseguramiento no se defina como el pago particular y el pago de la EPS, sino que el pago de la EPS hace parte de una red

la única que está funcionando de segundo nivel es el hospital San Juan de Dios y si miramos infraestructura como tal es muy reducida y es muy básica

hay gran demanda de población y poca oferta de instituciones.

En tecnología, una caracterización que nosotros tenemos, es una base que nos facilitó gobierno, y que esa base nos ha servido para la búsqueda y para la canalización de aquellas personas que no tenían aseguramiento,

el Vivanto también por ser tan institucional tiene períodos en los que lo cierran y usted tiene que renovar el usuario y mientras usted renueva ese usuario demora unos días, a veces 15 días, 20 días y mientras tanto usted no tiene la base en línea para poder saber si la persona es o no es víctima del conflicto

de personas que aunque son particulares, son afiliados a esa red y de esas manera..., pero eso será próximamente, por ahora aunque quisiéramos no podemos hacer nada como ente territorial para mejorar las condiciones de red que hay en el municipio, eso ya sería a nivel departamental y a nivel nacional que se fortaleciera la red de prestación de servicios.

Tenemos una base en Excel que manejamos también con mucho celo

En tecnología, una caracterización que nosotros tenemos, es una base que nos facilitó gobierno, y que esa base nos ha servido para la búsqueda y para la canalización de aquellas personas que no tenían aseguramiento, o aquellas personas que tenían alguna necesidad y lo que le digo del Vivanto es complicado, el Vivanto también por ser tan institucional tiene períodos en los que lo cierran y usted tiene que renovar el usuario y mientras usted renueva ese usuario demora unos días, a veces 15 días, 20 días y mientras tanto usted no tiene la base en línea para poder saber si la persona es o no es víctima del conflicto, gracias a la base que nos ha dado gobierno, tenemos una base en Excel que manejamos también con mucho celo acá en la dirección local de salud, y que nosotros podemos decir mire esta víctima si es de Pamplona, si está caracterizada aquí en Pamplona y hace parte de la base nuestra, entonces vamos a ayudarle a esta persona, pero serían solo esas dos, el Vivanto y la base municipal.

A.3 Ya se lo había mencionado anteriormente acá en el hospital los servicios que prestamos de acuerdo al portafolio de servicios.

en el hospital los servicios que prestamos de acuerdo al portafolio de servicios.

L.1 Hay un ascensor que es para víctimas del conflicto armado y para personas común y corriente, es para personas con discapacidad que no puedan subir escaleras. El ascensor está de lujo, tiene años de estar de lujo y eso no lo ha visto el municipio, ni el departamento. Está ahí frente a los baños, ahí está el ascensor. Eso se supone que es para una ayuda, para que las personas que sufren de alguna discapacidad, para no empeorar su salud, que tienen que subir tres pisos

El ascensor está de lujo, tiene años de estar de lujo y eso no lo ha visto el municipio, ni el departamento

la misma alcaldía tiene limitaciones hasta para los

	para llegar a la alcaldía, eso no se ha mirado, o sea esas son las limitaciones, la misma alcaldía tiene limitaciones hasta para los desplazados con discapacidad.	<i>desplazados con discapacidad</i>
L.2	Pues hace poco el gobernador inauguró la UCI, la gran UCI en Pamplona, pero que hacemos con una UCI que no tiene personal profesional para que pueda atender, podemos tener así a nivel nacional una gran cantidad de elefantes blancos, que nunca van a funcionar porque no está la planta operativa, la planta de personal de profesionales en las diferentes áreas para la atención efectiva.	<i>la UCI, la gran UCI en Pamplona, pero que hacemos con una UCI que no tiene personal profesional para que pueda atender,</i>
L.3	No sé.	No sé.
V.1	Ajajajaj, no tiene ninguna mi amor.	No tiene ninguna mi amor.
V.2	Pues la verdad no conozco ninguna.	Pues la verdad no conozco ninguna.
V.3	La infraestructura es el hospital y de repente la secretaria de salud, son las dos estructuras que yo conozco, en cuanto a tecnología yo creo que los equipos son obsoletos, bastante obsoletos.	<i>“La infraestructura es el hospital y de repente la secretaria de salud”.</i> <i>en cuanto a tecnología yo creo que los equipos son obsoletos, bastante obsoletos</i>

ANÁLISIS DE LA PREGUNTA CINCO

Las percepciones sobre la pregunta “¿Qué infraestructura y tecnología sanitaria tiene el municipio para garantizar el acceso a la salud de las víctimas del conflicto armado?” se dividieron en tres unidades:

Unidad uno: hospital. (A.1, A.3), ejemplos: *“Tenemos un hospital totalmente dotado, igual manera hay unos puestos de salud habilitados para garantizar la atención a la población, no solamente víctima, sino también población en general”; “en el hospital los servicios que prestamos de acuerdo al portafolio de servicios”.*

Unidad dos: no se tiene infraestructura, ni tecnología: (L.1, L.3, V.1, V.2), *“o sea esas son las limitaciones, la misma alcaldía tiene limitaciones hasta para los desplazados con discapacidad”; “no sé”; “no tiene ninguna, amor”; “pues la verdad no conozco ninguna”.*

Unidad tres: se tiene infraestructura y tecnología, pero es muy limitada, (A.1, L.2, V.3.) *“la prestación de los servicios de salud se da en una infraestructura muy pequeña, o digamos muy reducida, muy limitada... está limitada a las IPS de primer nivel que operan en el municipio que son 11 IPS de primer nivel que son muy básicas, son consultorios..., la única que está funcionando de segundo nivel es el hospital San Juan de Dios y si miramos infraestructura como tal es muy reducida y es muy básica..., hay gran demanda de población y poca oferta de instituciones. En tecnología, una caracterización que nosotros tenemos, es una base que nos facilitó gobierno, y que esa base nos ha servido para la búsqueda y para la canalización de aquellas personas que no tenían aseguramiento..., el Vivanto también por ser tan institucional tiene períodos en los que lo cierran y usted tiene que renovar el usuario y mientras usted renueva ese usuario demora unos días, a veces 15 días, 20 días y mientras tanto usted no tiene la base en línea para poder saber si la persona es o no es víctima del conflicto..., tenemos una base en Excel que manejamos también con mucho celo”; “la UCI, la gran UCI en Pamplona, pero que hacemos con una UCI que no tiene personal profesional para que pueda*

atender”; “la infraestructura es el hospital y de repente la secretaria de salud..., en cuanto a tecnología yo creo que los equipos son obsoletos, bastante obsoletos”.

La percepción de dos de los administradores de la política entrevistados es que el hospital garantiza el acceso a la salud de las víctimas, sin embargo, uno de ellos manifestó que, si bien se cuenta con el hospital, este no es suficiente ya que existe mayor demanda que oferta y las IPS que existen tampoco son suficientes y son muy básicas. En cuanto tecnología, sólo se manifestó que contaban con bases de datos para la atención de las víctimas, pero con algunos problemas de acceso ya que lo cierran constantemente, *“el Vivanto también por ser tan institucional tiene períodos en los que lo cierran y usted tiene que renovar el usuario y mientras usted renueva ese usuario demora unos días, a veces 15 días, 20 días y mientras tanto usted no tiene la base en línea para poder saber si la persona es o no es víctima del conflicto”*. Por otra parte, dos de los líderes contestaron que el municipio no tiene ni infraestructura o tecnología y uno de ellos manifestó que existe una UCI, pero no hay personal para manejarla, ni tampoco es suficiente. De manera similar, dos de las víctimas dijeron que no existía y una tercera respondió que existe el hospital y la secretaria de salud, pero en cuanto a tecnología manifestó que los equipos eran bastantes obsoletos.

CATEGORÍA II – PREGUNTA No. SEIS

Tabla 19.

Categoría II, pregunta No. seis: ¿Cuánto dinero invierte el municipio en la adquisición de infraestructura y tecnología para garantizar el acceso de salud a las víctimas del conflicto armado?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	El mayor rubro que se da es para temas de aseguramiento y ya en temas de infraestructura y demás, eso dirección local de salud es la que maneja esos datos porque la intervención no es solamente en temas de infraestructura, por decir no voy a construir un puesto de salud solamente para las víctimas, no, es para la comunidad en general.	<i>El mayor rubro que se da es para temas de aseguramiento y ya en temas de infraestructura y demás, eso dirección local de salud es la que maneja esos datos</i>	Unidad uno - presupuesto de aseguramiento, presupuesto de poblaciones vulnerables (A.1, A.2
A.2	No, porque no hay un presupuesto que yo tenga de salud específico para víctimas, nosotros tenemos unos presupuestos que hacen parte de poblaciones vulnerables de salud pública, pero no se pueden ejecutar en nada diferente a promoción y prevención. De segundo nivel tenemos el hospital y de primer nivel están los de las eps está medimás, que tiene los Alpes y de otras eps que tienen contrato como salud vida y comparta que es a salud y la fundación amiga del paciente que tienen contratos y el resto de prestadores son particulares.	<i>No, porque no hay un presupuesto que yo tenga de salud específico para víctimas, nosotros tenemos unos presupuestos que hacen parte de poblaciones vulnerables de salud pública, pero no se pueden ejecutar en nada diferente a promoción y prevención.</i>	Unidad dos - no sabe o no se invierte: A.3, L.1, L.2, L.3, V.1, V.2, V.3)
A.3	No señora, lo desconozco.	<i>No señora, lo desconozco.</i>	
L.1	¿Para las víctimas? No. Ni siquiera para las personas común y corriente.	<i>¿Para las víctimas? No. Ni siquiera para las personas común y corriente.</i>	

L.2	Pues la infraestructura que tienen es el patio de siempre y la tecnología es llevar un cardex de atención, solamente que nunca lo hacen, y lo de siempre pastillitas y pastillitas, pastillitas van, pastillitas vienen, pero algo efectivo, figura una gran cantidad de millones, pero efectivo, efectivo, nunca se cumple.	<i>“Pues la infraestructura que tienen es el patio de siempre y la tecnología es llevar un cardex de atención”</i>
L.3	Eso cada vez que hacen el plan de desarrollo miran a haber cuánto dejan no es una cifra exacta.	<i>Eso cada vez que hacen el plan de desarrollo miran a haber cuánto dejan no es una cifra exacta.</i>
V.1	No lo conozco porque a mí no me dieron el acceso a esa información.	<i>No lo conozco porque a mí no me dieron el acceso a esa información.</i>
V.2	No, desconozco la inversión, desconozco el rubro que invierte el municipio para garantizar el acceso a salud de las víctimas. Aquí esta pregunta... pues yo creo que cero porque aquí no hay ninguna infraestructura y tecnología para las víctimas, ¿cierto? Sí porque la gente va es al hospital, ¿no?, o sea que haya una infraestructura..., sí porque que físicamente haya un hospital o una clínica, un sitio donde atiendan única y exclusivamente a las víctimas yo creo que no lo hay, aquí en Pamplona no lo hay. ¿Cierto?, ¿O que le han dicho, que si lo hay?	<i>No, desconozco la inversión, desconozco el rubro que invierte el municipio para garantizar el acceso a salud de las víctimas.</i>
V.3	No tengo idea.	No tengo idea.

ANÁLISIS DE LA PREGUNTA SEIS

Las respuestas de la pregunta “¿Cuánto dinero invierte el municipio en la adquisición de infraestructura y tecnología para garantizar el acceso de salud a las víctimas del conflicto armado?” se dividieron en dos categorías:

Unidad uno: presupuesto de aseguramiento, presupuesto de poblaciones vulnerables (A.1, A.2), *“el mayor rubro que se da es para temas de aseguramiento y ya en temas de infraestructura y demás, eso dirección local de salud es la que maneja esos datos”*; *“no, porque no hay un presupuesto que yo tenga de salud específico para víctimas, nosotros tenemos unos presupuestos que hacen parte de poblaciones vulnerables de salud pública, pero no se pueden ejecutar en nada diferente a promoción y prevención”*.

Unidad dos: no sabe o no se invierte (A.3, L.1, L.2, L.3, V.1, V.2, V.3) *No señora, lo desconozco; ¿Para las víctimas? No. Ni siquiera para las personas común y corriente; “pues la infraestructura que tienen es el patio de siempre y la tecnología es llevar un cardex de atención”, “eso cada vez que hacen el plan de desarrollo miran a haber cuánto dejan no es una cifra exacta”, “no lo conozco porque a mí no me dieron el acceso a esa información”, “no tengo idea”*.

La mayoría de los entrevistados, líderes y víctimas, incluyendo un administrador de la política pública contestaron que no sabían cuánto dinero invierte el municipio en la adquisición de infraestructura y tecnología para garantizar el acceso a la salud de las

víctimas del conflicto. Tanto sólo los administradores A.1 y A.2 contestaron que parte del presupuesto se utiliza en el aseguramiento de las víctimas y otra en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Análisis general de la Categoría II. Gestión institucional

Acerca de la gestión institucional la percepción de líderes y víctimas del estudio es más bien negativa ya que consideran que no existió una verdadera preocupación del gobierno por las víctimas, como se evidencia en las respuestas de toda la Categoría II, (ejemplo: *“las víctimas están solas y no le hacen acompañamiento”; pues instituciones como tal para víctimas directamente no conozco yo, igual nos brindan un servicio como se lo brindan a cualquier ciudadano, no tenemos prioridad en ningún sentido”*).

También, de manera semejante a la Categoría I, “Inclusión de las metas del Plan Decenal de Salud Pública en el Plan de Desarrollo Municipal”, las opiniones se clasificaron en dos unidades. Una en la que los administradores defendían su gestión (ejemplo: *“Tenemos un hospital totalmente dotado, igual manera hay unos puestos de salud habilitados para garantizar la atención a la población, no solamente víctima, sino también población en general en el hospital los servicios que prestamos de acuerdo al portafolio de servicios.”*) y otra en la que líderes y víctimas manifestaban su inconformismo (ejemplo: *“porque de la alcaldía lo único que hay es burrocracia, con B de burro”*).

Sin embargo, a diferencia de la categoría anterior, en algunas respuestas el administrador A.2 explicó mejor cuáles fueron las dificultades que se presentaron para cumplir a cabalidad con las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública, (ejemplo: *“la prestación de los servicios de salud se da en una infraestructura muy pequeña, o digamos muy reducida, muy limitada... está limitada a las IPS de primer nivel que operan en el municipio que son 11 IPS de primer nivel que son muy básicas, son consultorios..., la única que está funcionando de segundo nivel es el hospital San Juan de Dios y si miramos infraestructura como tal es muy reducida y es muy básica..., hay gran demanda de población y poca oferta de instituciones...”*

En cuanto a las instituciones que responden a sus demandas y necesidades la mayoría de los sujetos del estudio contestaron que reconocen la labor de la personería, secretarías de la alcaldía y el Hospital San Juan de Dios, aunque un líder y una víctima mostraron su inconformismo con la atención de estas instituciones. También se evidenció que especialmente líderes y víctimas desconocen exactamente de dónde proviene el dinero y cuánto invierte en el municipio en la adquisición de infraestructura y tecnología para la atención en salud de las víctimas como se evidenció en respuestas *“no, eso sí lo desconozco”*; *“pues se supone que vienen de la Unidad de víctimas, ¿no?, pero realmente no sabe uno que es lo que mandan y que no manda, o por lo menos yo no lo sé”*.

De igual manera líderes y víctimas consideran que no existe talento humano y el que existe no está suficientemente capacitado para resolver sus necesidades y problemáticas, (ejemplo: *“Ahí es donde está la falla. El personal que atiende a la población víctima no está haciendo capacitado”*; *Yo digo que sí hay personal capacitado tanto en la parte de salud como administrativo, pero entonces de pronto no responden a las expectativas o las demandas de salud de la población víctima como se quisiera, porque no de pronto no hay como ese acoplamiento, como ese empalme”*. A diferencia de ellos, los administradores mencionaron toda una lista de

profesionales que están capacitados por el Instituto Departamental de Salud y el Hospital San Juan de Dios de Pamplona para satisfacer las demandas de las víctimas (ejemplo: *“están psicólogas, hay abogados para asistencia en temas legales, tienen nutricionistas, tienen con el hospital a través del acuerdo de salud pública tienen los médicos, odontólogos, especialistas y de más para atender la situación de atención de la población víctima en temas de salud”; “a través del IDS, articula también todo esto, como debe ser la intervención, la educación a los profesionales para intervenir a una víctima del conflicto armado”*).

Respecto a la infraestructura los entrevistados manifestaron que existía el hospital y que los atendía, pero la mayoría expuso quejas respecto a la falta de tecnología, de cobertura, de personal y la obsolescencia de los equipos médicos (ejemplos: *en cuanto a tecnología yo creo que los equipos son obsoletos, bastante obsoletos”, “la UCI, la gran UCI en Pamplona, pero que hacemos con una UCI que no tiene personal profesional para que pueda atender”*). En el mismo sentido uno de los administradores habló ampliamente de la limitada cobertura y las fallas en las bases de datos para establecer la calidad de víctima de una persona, lo que generó demoras en la prestación de servicios de salud. Otros administradores por el contrario consideraron que el hospital estaba totalmente equipado y ofrecía diferentes servicios tales como: urgencias, hospitalización, consulta médica, entre otros.

En conclusión, los líderes y víctimas entrevistados no estuvieron satisfechos con la gestión institucional realizada por la anterior administración local de 2016 a 2019.

CATEGORÍA III. ACCESIBILIDAD Y BARRERAS DE LAS VÍCTIMAS PARA BENEFICIARSE DEL PLAN DECENAL DE SALUD - PREGUNTA No. UNO

La asistencia humanitaria se refiere a ayuda material y logística provista por razones humanitarias. Incluye la provisión de los bienes y servicios básicos como abrigo, agua potable, alimentación y atención sanitaria para garantizar la supervivencia de los afectados. La asistencia humanitaria normalmente solo incluye la ayuda a corto plazo después de un desastre o conflicto.

Tabla 20.

Categoría III, pregunta No. Uno. De acuerdo con lo anterior, ¿cómo se le brinda el acceso a la asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Bueno en cuanto al acceso de la ayuda de atención humanitaria, de acuerdo a como lo dice la ley de víctimas, el municipio es responsable de la ayuda humanitaria inmediata, y esa ayuda humanitaria inmediata se activa en la secretaria de gobierno cuando la persona ya ha ido al ministerio público y ha presentado su declaración y esta es remitida por la personería municipal en este caso y de manera inmediata se hace una valoración, no solamente entregar un kit de alojamiento, de alimentación, sino también hacer el tema de una valoración y remisión, si lo ameritan por el tema de atención psicosocial o de otros componentes.	<i>esa ayuda humanitaria inmediata se activa en la secretaria de gobierno cuando la persona ya ha ido al ministerio público y ha presentado su declaración y esta es remitida por la personería municipal en este caso y de manera inmediata se hace una valoración, no solamente entregar un kit de alojamiento, de alimentación, sino también hacer el tema de una valoración y remisión, si lo ameritan por el tema de atención psicosocial o de otros componentes</i>	Unidad uno - se brinda como dice la ley: A.1, V.2 Unidad dos - no nos corresponde A.2, A.3 Unidad tres - no se brinda como dice la ley o no se les brinda (L.1, L.2, L.3, V.1, V.3)
A.2	No lo maneja esta oficina	<i>No lo maneja esta oficina"</i>	
A.3	Ese ítem.... nosotros prestamos es servicios de salud como tal, entonces ya todo lo que incluye, pues lo que usted	<i>ya no sería directamente con nosotros a no ser que la</i>	

	nombraba de abrigos y demás, ya es un algún programa o alguna ayuda que brindan de la alcaldía, pero ya no sería directamente con nosotros a no ser que la persona se encuentre en ese momento acá hospitalizada y pues ya se le brinda todo lo del portafolio, entonces ese ítem creo que no aplicaría para nosotros.	<i>persona se encuentre en ese momento acá hospitalizada y pues ya se le brinda todo lo del portafolio, entonces ese ítem creo que no aplicaría para nosotros.</i>
L.1	Como tal aquí en Pamplona no lo tiene, no se lo he visto la primera vez, es más cuando se muere una persona víctima del conflicto armado, siempre he escuchado que el gobierno para eso no tiene ayudas, la gente para una ayuda, aunque sea irrisoria, pero yo no creo que haya una característica especial para mirar la problemática, si hubo una inundación ayudar a las víctimas. Es más si yo le digo en ninguna administración lo he visto, como tal no he visto que digan no es que tenemos una brigada para víctimas que sufrieron un desastre o de pronto una ayuda, un arriendo, ni siquiera para las común y corriente a veces les dicen les vamos ayudar con el arriendo y los dejan pero... (hace gesto), no llegó plata, no hay plata, el municipio no tiene plata, y es un problema del municipio, no tengo plata, no hay plata, ni para las víctimas del conflicto armado, lo que yo le estoy diciendo llegan los venezolanos pidiendo lo que no deben de pedir, pero es que no hay ni para las víctimas del conflicto armado y los otros pidiendo para eso.	<i>Como tal aquí en Pamplona no lo tiene, no se lo he visto</i> <i>siempre he escuchado que el gobierno para eso no tiene ayudas, la gente para una ayuda, aunque sea irrisoria</i> <i>a veces les dicen les vamos ayudar con el arriendo y los dejan pero... (hace gesto), no llegó plata, no hay plata, el municipio no tiene plata, y es un problema del municipio, no tengo plata, no hay plata, ni para las víctimas del conflicto armado, lo que yo le estoy diciendo llegan los venezolanos pidiendo lo que no deben de pedir, pero es que no hay ni para las víctimas del conflicto armado y los otros pidiendo para eso.</i>
L.2	Bueno las barreras son las de siempre, que usted no es de este municipio, usted no tiene que declarar acá, que ya pasó el tiempo, que esto, que aquello, que lo otro, le sacan miles de peros. Una víctima nunca escogió ser víctima por hobby, las víctimas estamos siendo cada día más por la misma culpa del Estado, del abandono del Estado, en brindarnos garantías de	<i>Bueno las barreras son las de siempre, que usted no es de este municipio, usted no tiene que declarar acá, que ya pasó el tiempo, que esto,</i>

supervivencia, alimentación y bienestar de quienes somos nacidos en Colombia. Nosotros nunca nos buscamos un conflicto para ser afectados por el conflicto interno.

La ayuda humanitaria de emergencia muchas veces se la dan muy limitada, no como lo especifica la ley, o como declara la ley que debe de ser, eso deben llenar una serie de cuestionamientos, les hacen firmar y le salen con cualquier bobada, algo que es demasiado iracundo en cuanto atención a una familia, una familia que llega con dos tres niños pequeños de brazos, que llega sin nada en el bolsillo, sin ropa, sin abrigo para este clima tan bueno de Pamplona que es tan frío y muchas veces lo que le hacen es la mofa y se dan el gusto de burlarse delante de las víctimas, pero eso es una constante lucha en contra de la administración que debería responsable y seria para la atención.

que aquello, que lo otro, le sacan miles de peros.

La ayuda humanitaria de emergencia muchas veces se la dan muy limitada, no como lo especifica la ley, o como declara la ley que debe de ser, eso deben llenar una serie de cuestionamientos, les hacen firmar y le salen con cualquier bobada, algo que es demasiado iracundo

muchas veces lo que le hacen es la mofa y se dan el gusto de burlarse delante de las víctimas,

L.3 Regular, no se les brinda como debe ser como la ley lo dice, pues a las personas que llegan por primera vez, la ayuda humanitaria de emergencia, tiene que darles alimentación, útiles de cocina, camas, cobijas, colchonetas, pero no es como bien adecuado para las personas. No es adecuado porque les dan no es de buena calidad, porque usted sabe que eso le dan cualquier cosita y con eso sale, y tienen que dárselo por tres meses y aquí no lo dan sino por un mes. Por ejemplo lo que es cobijas y eso si solamente una vez, pero lo que es la alimentación si tiene que ser por tres meses.

Regular, no se les brinda como debe ser como la ley lo dice, pues a las personas que llegan por primera vez, la ayuda humanitaria de emergencia, tiene que darles alimentación, útiles de cocina, camas, cobijas, colchonetas, pero no es como bien adecuado para las personas.

“ No es adecuado porque les dan no es de buena calidad, porque usted sabe que eso le dan cualquier cosita y con eso sale, , y tienen que

		<i>dárselo por tres meses y aquí no lo dan sino por un mes”</i>
V.1	Pues corazón, aquí no se brindó una asistencia humanitaria, ni siquiera una ayuda de emergencia, que creo que es a lo que se refiere su pregunta en sí, nunca hubo presupuesto, nunca se hizo la gestión para al menos decir, hombre aquí en el pueblo hay gente que muchas veces bota hasta las camas nueveciticas, es que uno reconoce, ni siquiera decir oiga venga, usted va a regalar eso, yo se lo recibo, ¡lo almaceno al menos! que yo sé que cuando llegue alguna familia desplazada yo voy a tener ahí algo con que mitigar el dolor que trae, o el sufrimiento, la tristeza, yo conocí hace poco el caso de una señora que cuando llegó, llegó embarazada y que hizo el secretario de gobierno en sus andanzas, ellos esperaron a que la señora pariera, fuera incluida y le dijeron no señora, para usted no hay ayuda, hombre porque no se paran de esa silla, yo supongo que la administración debe tener amistades, algún señor de algún almacén, alguno de alguna constructora, gente pudiente que llama uno. Yo me paro de esa silla y digo venga necesito..., o si no tengo esa posibilidad me voy a una emisora, al canal de televisión, hay muchos medios de hacerlo el mismo internet o redes sociales, Facebook, WhatsApp, twitter, no sé qué otras existirán porque yo las desconozco todas, pararse y decirle venga necesitamos esto, si yo no lo tengo yo lo busco, pero no hacer lo que se hizo esos cuatro años, victimizar más a esa persona, o sea, la persona llegó aquí con la manos cruzadas y aquí Pamplona llegó y les cerró las puertas, no para usted no hay, esperemos a que la incluyan, eso no es justo y es muy triste ver que hay gente así y que son los que dice yo tengo el poder por así decirlo.	<i>Pues corazón, aquí no se brindó una asistencia humanitaria, ni siquiera una ayuda de emergencia, que creo que es a lo que se refiere su pregunta en sí, nunca hubo presupuesto, nunca se hizo la gestión</i>
V.2	Que yo sepa cuando se ha presentado emergencias, desastres, que yo sepa, si se les ha... la administración, por parte del municipio si les ha colaborado con colchonetas, alimentos con otras cosas	<i>... la administración, por parte del municipio si les ha colaborado con colchonetas, alimentos con otras cosas</i>

V.3	Pues la verdad yo asistencia humanitaria acá en Pamplona nunca he recibido, yo personalmente, hablé por mí, nunca he recibido ayuda humanitaria, no sé habrá de pronto personas que las han ayudado, a mí personalmente no.	<i>Pues la verdad yo asistencia humanitaria acá en Pamplona nunca he recibido, yo personalmente, hablé por mí,</i>
------------	---	--

ANÁLISIS GENERAL DE LA PREGUNTA UNO

Las respuestas a la pregunta “¿cómo se le brinda el acceso a la asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado?” se clasificaron en tres unidades:

Unidad uno: se brinda como dice la ley: (A.1, V.2), ejemplos: *“esa ayuda humanitaria inmediata se activa en la secretaria de gobierno cuando la persona ya ha ido al ministerio público y ha presentado su declaración y esta es remitida por la personería municipal en este caso y de manera inmediata se hace una valoración, no solamente entregar un kit de alojamiento, de alimentación, sino también hacer el tema de una valoración y remisión, si lo ameritan por el tema de atención psicosocial o de otros componentes”; “... la administración, por parte del municipio si les ha colaborado con colchonetas, alimentos con otras cosas”.*

Unidad dos: no nos corresponde A.2, A.3 ejemplos: “no lo maneja esta oficina”; “ya no sería directamente con nosotros a no ser que la persona se encuentre en ese momento acá hospitalizada y pues ya se le brinda todo lo del portafolio, entonces ese ítem creo que no aplicaría para nosotros”.

Unidad tres: no se brinda como dice la ley o no se les brinda (L.1, L.2, L.3, V.1, V.3) a veces les dicen les vamos ayudar con el arriendo y los dejan pero... (hace gesto), no llegó plata, no hay plata, el municipio no tiene plata, y es un problema del municipio, no tengo plata, no hay plata, ni para las víctimas del conflicto armado, lo que yo le estoy diciendo llegan los venezolanos pidiendo lo que no deben de pedir, pero es que no hay ni para las víctimas del conflicto armado y los otros pidiendo para eso”; “bueno las barreras son las de siempre, que usted no es de este municipio, usted no tiene que declarar acá, que ya pasó el tiempo, que esto, que aquello, que lo otro, le sacan miles de peros..., “la ayuda humanitaria de emergencia muchas veces se la dan muy limitada, no como lo especifica la ley, o como declara la ley que debe de ser, eso deben llenar una serie de cuestionamientos, les hacen firmar y le salen con cualquier bobada, algo que es demasiado iracundo”, “muchas veces lo que le hacen es la mofa y se dan el gusto de burlarse delante de las víctimas”; “regular, no se les brinda como debe ser como la ley lo dice, pues a las personas que llegan por primera vez, la ayuda humanitaria de emergencia, tiene que darles alimentación, útiles de cocina, camas, cobijas, colchonetas, pero no es como bien adecuado para las personas. No es adecuado porque les dan no es de buena calidad, porque usted sabe que eso le dan cualquier cosita y con eso sale, y tienen que dárselo por tres meses y aquí no lo dan sino por un mes”; “pues corazón, aquí no se brindó una asistencia humanitaria, ni siquiera una ayuda de emergencia, que creo que es a lo que se refiere su pregunta en

sí, nunca hubo presupuesto, nunca se hizo la gestión”; pues la verdad yo asistencia humanitaria acá en Pamplona nunca he recibido, yo personalmente, habló por mí”.

Las percepciones sobre la asistencia humanitaria son opuestas. Dos de los administradores entrevistados manifestaron que no les correspondía esta acción y uno de ellos respondió que su dependencia cumple con lo establecido en la ley, sin embargo, los tres líderes que hicieron parte del estudio, contestaron todo lo contrario, pues afirman que, si se entrega una asistencia humanitaria, pero sin las especificaciones que dicta la norma, dicen que no se entrega el mercado por los tres meses que corresponde y que los productos son escasos y de baja calidad. Otros líderes manifestaron que la administración municipal dice que no hay plata para las asistencias, entre otras excusas, así como que la asistencia es limitada y que en ocasiones se burlan de las víctimas. Por otra parte, una de las víctimas considera que además de que no había presupuesto, tampoco se gestionó la ayuda, otra de las víctimas afirma que no sabe nada de eso, ya que ella no recibió ninguna. Sólo una de las víctimas dijo que sabía que la alcaldía entregaba colchonetas y alimentos.

CATEGORÍA III – PREGUNTA No. DOS

Tabla 21.

Categoría III, pregunta No. dos: ¿Cuáles son las barreras que impiden a las víctimas del conflicto armado acceder a la asistencia humanitaria?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Una de las barreras, pues la institucionalidad nosotros aquí cumplimos siempre y cuando cumpla con los parámetros dentro de la ruta, no podemos entregarle a la persona, no yo necesito una ayuda humanitaria, nos toca mirar si es responsabilidad de nosotros, si está en la inmediatez, o si es de la Unidad de Víctimas, si está en la transición o si es de emergencia, si la persona es víctima o no lo es, porque también suele pasar, entonces más que barreras hay uno el desconocimiento de la norma, dos desconoce sus derechos, y desde la institucionalidad pues siempre se prioriza la atención a la población víctima, uno llega a una personería municipal, pues siempre estamos prestos a tomarle su declaración, a orientarlo, a revisarle el estado de su reparación y siempre se trata de brindar sobre los canales institucionales.	hay uno el desconocimiento de la norma, dos desconoce sus derechos	Unidad uno - sugiere que es responsabilidad de las víctimas (A.1, V.2) Unidad dos – el gobierno desconoce las problemáticas de las víctimas, la asistencia es limitada y dan muchas excusas para no darla espera de tres meses, nombramientos políticos, no se sabe a dónde van esas ayudas. L.1, L.2, L.3, V.1, V.3
A.2	(no aplica)	---	Unidad tres – no les corresponde: A2, A3
A.3	(no aplica)	-----	
L.1	¿Las barreras? El gobierno, el gobierno ha sido una persona que no ha mirado realmente la problemática de las víctimas del conflicto armado y no es tanto ni las ayudas, yo lo que yo pido para las víctimas del conflicto armado es que les den capacitaciones, que los enseñen a trabajar, que no les enseñen a mendigos, si nosotros somos productivos este país sale, a las víctimas como a	<i>no ha mirado realmente la problemática de las víctimas del conflicto armado y no es tanto ni las ayudas, yo lo que yo pido para las víctimas del conflicto armado es que les den capacitaciones...a las</i>	

los venezolanos nos enseñaron fue a pedir. El estado no está mirando realmente que es lo que estado haciendo con las víctimas, hay muchos profesionales que son víctimas del conflicto armado y el Estado no los tiene en cuenta, con el hecho de llevar su hoja de vida, pero el estado tiene que mirar si el Estado tiene que garantizarle el empleo, porque el Estado con cinco, seis víctimas que usted contrate en una empresa, hay una redacción de impuesto.

víctimas como a los venezolanos nos enseñaron fue a pedir”

El Estado está ciego, el Estado no apoya a los desplazados, ni a las víctimas del conflicto armado, todo lo contrario, y a ellos les están llegando recursos de otros países para las víctimas, pero donde están esos recursos, cada día, mire yo conozco una abogada aquí y muchas personas, enfermeras, bueno ustedes son víctimas del conflicto armado, porque no ha conseguido empleo, quieren que sigan pidiendo limosna para ellos poder seguir pidiendo plata en otros países, porque no miran el perfil de cada persona, usted salió de profesional, no necesita experiencia del le piden cinco años, dos, tres años, no es víctima del conflicto armado y tienen que darle empleo el Estado quiere que sigan limosneando.

L.2 Lo mismo que ya le dije

Lo mismo que ya le dije

L.3 Porque como cuando llega, tiene que ir uno primero a declarar a la personería y ahí sí mirar que le den la ayuda humanitaria y esperar tres meses para que la Unidad de Víctimas lo admita a uno, sea incluido como víctima.

esperar tres meses para que la Unidad de Víctimas lo admita a uno, sea incluido como víctima.

V.1 Que mientras los enlaces sigan siendo un nombramiento político o un favor político las cosas no van a funcionar, porque el enlace es el primer ente, junto con el secretario de personería o personero, cuando no existe el secretario, son los primeros entes que deben brindarle la mejor atención a la persona víctima que acaba de llegar, independientemente del hecho victimizante con el que venga, ellos son los primeros que deben garantizar,

“Que mientras los enlaces sigan siendo un nombramiento político o un favor político las cosas no van a funcionar”.

entonces mientras se siga escogiendo por cuestiones de que es él me colaboró en campaña, es que es el hijo del que me financió la campaña, o porque ese es mi hermano, o es el amigo de yo no sé quién, de yo no sé dónde más, eso no va a funcionar, es imposible no tiene ni pies, ni cabeza.

V.2 Yo creo que las barreras serían que de pronto mucha le da pena o piensa que de pronto no se les va a colaborar como ellos creen.

Yo creo que las barreras serían que de pronto mucha le da pena o piensa que de pronto no se les va a colaborar como ellos creen.

V.3 Sí, esto por ejemplo puede de que el gobierno las envíe, puede que la Unidad las envíe, pero no se sabe en ese envío de allá para acá a donde van a llegar esas ayudas, porque yo no he tenido acceso a esas ayudas.

esto por ejemplo puede de que el gobierno las envíe, puede que la Unidad las envíe, pero no se sabe en ese envío de allá para acá a donde van a llegar esas ayudas

ANÁLISIS DE PREGUNTA DOS

Las respuestas a la pregunta “¿Cuáles son las barreras que impiden a las víctimas del conflicto armado acceder a la asistencia humanitaria?” se clasificaron en tres unidades:

Unidad uno: sugiere que es responsabilidad de las víctimas (A.1, V.2, ejemplos: *“hay uno el desconocimiento de la norma, dos desconoce sus derechos”, “yo creo que las barreras serían que de pronto mucha le da pena o piensa que de pronto no se les va a colaborar como ellos creen”*).

Unidad dos: el gobierno desconoce las problemáticas de las víctimas, la asistencia es limitada y dan muchas excusas para no darla, espera de tres meses, nombramientos políticos, no se sabe a dónde van esas ayudas. L.1, L.2, L.3, V.1, V.3, ejemplos: *“no ha mirado realmente la problemática de las víctimas del conflicto armado y no es tanto ni las ayudas, yo lo que yo pido para las víctimas del conflicto armado es que les den capacitaciones... , a las víctimas como a los venezolanos nos enseñaron fue a pedir”; bueno las barreras son las de siempre, que usted no es de este municipio, usted no tiene que declarar acá, que ya pasó el tiempo, que esto, que aquello, que lo otro, le sacan miles de peros..., “esperar tres meses para que la Unidad de Víctimas lo admita a uno, sea incluido como víctima”; “que mientras los enlaces sigan siendo un nombramiento político o un favor político las cosas no van a funcionar”; “esto por ejemplo puede de que el gobierno las envíe, puede que la Unidad las envíe, pero no se sabe en ese envío de allá para acá a donde van a llegar esas ayudas”*.

Unidad tres: no les corresponde, A.2, A.3, estos administradores no manejan la asistencia humanitaria, por tanto, no contestaron a esta pregunta.

Las percepciones son igualmente opuestas a las anteriores preguntas. Uno de los administradores contestó que las víctimas desconocen la ley y sus derechos, lo cual es una barrera para que ellos accedan a la asistencia humanitaria. Los otros dos administradores no contestaron a esta pregunta al no ser de su competencia. Los líderes manifestaron diferentes opiniones, uno de ellos dijo que el gobierno no conocía las verdaderas necesidades de las víctimas, ya que ellas no necesitan asistencias humanitarias, sino capacitación y trabajo, el líder identificado como L.2, dijo que las administraciones municipales siempre se excusaban para no dar la asistencia y el líder L.3, afirmó que una de las barreras era tener que esperar tres meses para poder acceder a la ayuda. Las víctimas también opinaron de manera distinta, V.1, dijo que la persona de la administración que es el enlace entre la administración y las víctimas no cumplía con su función, otra de las víctimas puso en duda que las ayudan lleguen realmente a quienes las necesitan. Solamente la víctima V.2 dijo que posiblemente la gente se avergonzaba de pedir la ayuda o quizá de antemano creían que no se la iban a dar.

CATEGORÍA III – PREGUNTA No. TRES

Tabla 22.

Categoría III, pregunta No. tres: ¿Cuáles son las oportunidades de acceso de las víctimas del conflicto armado a la asistencia humanitaria?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Pues la asistencia HUMANITARIA NO ES UN TEMA DE OPORTUNIDADES, o sea, NO ES QUE bueno nos QUEDARON 10 KIT VAMOS A VER a quien se los brindamos, no, nosotros actuamos como te decía en la ruta de atención, para entregar nosotros la ayuda humanitaria inmediata tiene que haber sufrido un hecho victimizante y ese hecho victimizante tuvieron que haberlo declarado ante el ministerio público y haberlo remitido para municipio, para la secretaria de gobierno en este caso, que el hecho victimizante no haya sido mayor a tres meses, la personería le recibió la declaración, pero que ese hecho victimizante no se haya ocasionado después de termino mayor a tres meses, porque de acuerdo a los parámetros de la Unidad de Víctimas ya no hay una vulnerabilidad o si la puede haber, pero ya no está en el marco de la inmediatez, entonces no se habla de oportunidad, sino de la obligación de la ley en atender de acuerdo a los parámetros legales, si cumple o no cumple. Las facilidades son de acceder a la ruta, todos tienen la facilidad de acceder a la ruta, llegar a personería inmediatamente si esta le profesional le toma la declaración y remitirla a secretaria de gobierno para enrutarlo tanto a la	<i>Las facilidades son de acceder a la ruta, todos tienen la facilidad de acceder a la ruta, llegar a personería inmediatamente si esta le profesional le toma la declaración y remitirla a secretaria de gobierno para enrutarlo tanto a la ayuda humanitaria inmediata como a los demás componentes que haya lugar.</i>	Unidad uno: todos pueden acceder fácilmente a la asistencia: A.1, V.2 Unidad dos: son escasas o no existen: L.1 L.2, L.3, V.1, V.3 Unidad tres: no les corresponde: A.2, A.3

ayuda humanitaria inmediata como a los demás componentes que haya lugar.

A.2 -----

A.3 -----

L.1 No les han dado indemnización, están esperando indemnizaciones que el gobierno dice, la Unidad de Víctima dice se indemnizaron seis mil personas y yo pregunto ¿en dónde?, y yo llamo a fulano de tal en tal lado, - oiga, ¿de verdad que están indemnizando?, -no aquí no están indemnizando a nadie. Son mentirosos, ellos mismos se mienten y le mienten a las víctimas, las víctimas están esperando una indemnización, no sé para qué, pero la están esperando, hay algunos que tienen una posición buena, lo que le estoy diciendo con una indemnización pueden pagar por lo menos que el gobierno les dé la casa, porque se supone que los desplazados tienen derecho a la vivienda, deles la indemnización para que ellos cuando les den su casa o de una vez le den la casa o la de indemnización para tengan su casa, para que ellos puedan poner su propio negocio en su casa, para que puedan hacer algo, enséñeles, está el SENA, el sena lo quieren acabar..., mire lo que le estaba diciendo a mi amigo, mirar que el ani como es lo del curso de paleteros, o sea, háblele el Estado tiene que ayudar, que las víctimas no sigan pidiendo limosna, que se pongan a trabajar, esperan una indemnización o una ayuda humanitaria, para qué, la ayuda humanitaria son cada seis meses, 500.000, un millón , y que hacen esas ayudas humanitarias eso no se lo van a dar a los niños, eso es para los papás que a veces las agarran es para otras cosas, entonces enséñeles a trabajar, enséñeles a producir, caractericen a la población víctima o a los desplazados, este es abogado, este es ingeniero, esta es enfermera, este es contador, miren las empresas, bueno hay tantas empresas, tenemos tantos desplazados, hay que mirar en donde ponemos a trabajar a esta gente, eso no lo hace el estado. 2

“Son mentirosos, ellos mismos se mienten y le mienten a las víctimas, las víctimas están esperando una indemnización, no sé para qué, pero la están esperando”.

L.2 Las oportunidades son muy escasas porque acá disfrazan las cosas y se roban el rubro a diestra y siniestra, les dan una cama, una colchoneta, una cobija y un mercado para 10 días y no más, a la intemperie, ¿dónde van a vivir?, muchas veces no les dan el subsidio de arriendo que por ley son tres meses, por una situación de 200 mil pesos mensuales para que logren una medio estabilización y mirar en que se pueden defender, de resto quedan abandonados, quedan a la intemperie.	<i>Las oportunidades son muy escasas porque acá disfrazan las cosas y se roban el rubro a diestra y siniestra, les dan una cama, una colchoneta, una cobija y un mercado para 10 días y no más, a la intemperie, ¿dónde van a vivir?, muchas veces no les dan el subsidio de arriendo que por ley son tres meses, por una situación de 200 mil pesos mensuales para que logren una medio estabilización”.</i>
L.3 Tienen que ir y declarar primeramente que todo. Ahorita se está peleando que miren el vínculo familiar, que miren que si vienen ellos que les den la alimentación para los niños, y si vienen adultos mayores también, porque usted sabe que los niños no comen lo mismo que una persona joven, que un adolescente, los abuelitos tampoco no pueden comer lo que son fríjoles, granos, entonces que lo que den sea balanceado para niños y para adultos.	<i>“Ahorita se está peleando que miren el vínculo familiar, que miren que si vienen ellos que les den la alimentación para los niños, y si vienen adultos mayores también”.</i>
V.1 No, ninguna, no tenemos ninguna mami.	<i>No, ninguna, no tenemos ninguna mami.</i>
V.2 Pues yo digo que por ser población víctima entonces tenemos prioridad y podemos acceder más fácil a todos esos auxilios, a todas esas ayudas que se nos dan.	<i>Pues yo digo que por ser población víctima entonces tenemos prioridad y podemos acceder más fácil a todos esos auxilios, a todas esas ayudas que se nos dan.</i>
V.3 Pues no sé, nunca se dan, en Pamplona nunca se ha visto de una manera clara y precisa que llega, que no llega, porque no llegan a uno, o sea han hecho capacitaciones y esas cosas, pero realmente materialmente no se recibe nada, o por lo menos yo no he recibido nada materialmente.	<i>“Pues no sé, nunca se dan, en Pamplona nunca se ha visto de una manera clara y precisa que llega, que no llega”.</i>

ANÁLISIS DE PREGUNTA TRES

Las respuestas a la pregunta “¿Cuáles son las oportunidades de acceso de las víctimas del conflicto armado a la asistencia humanitaria?” se clasificaron en tres unidades:

Unidad uno: todos pueden acceder fácilmente a la asistencia: A.1, V.2, ejemplos: *“las facilidades son de acceder a la ruta, todos tienen la facilidad de acceder a la ruta, llegar a personería inmediatamente si esta le profesional le toma la declaración y remitirla a secretaria de gobierno para enrutarlo tanto a la ayuda humanitaria inmediata como a los demás componentes que haya lugar”, “pues yo digo que por ser población víctima entonces tenemos prioridad y podemos acceder más fácil a todos esos auxilios, a todas esas ayudas que se nos dan”.*

Unidad dos: son escasas o no existen: L.1 L.2, L.3, V.1, V.3, ejemplos: *“son mentirosos, ellos mismos se mienten y le mienten a las víctimas, las víctimas están esperando una indemnización, no sé para qué, pero la están esperando”; “las oportunidades son muy escasas porque acá disfrazan las cosas y se roban el rubro a diestra y siniestra, les dan una cama, una colchoneta, una cobija y un mercado para 10 días y no más, a la intemperie, ¿dónde van a vivir?, muchas veces no les dan el subsidio de arriendo que por ley son tres meses, por una situación de 200 mil pesos mensuales para que logren una medio estabilización”; “ahorita se está peleando que miren el vínculo familiar, que miren que si vienen ellos que les den la alimentación para los niños, y si vienen adultos mayores*

también”; “no, ninguna, no tenemos ninguna mami”; “pues no sé, nunca se dan, en Pamplona nunca se ha visto de una manera clara y precisa que llega, que no llega”.

Unidad tres: no les corresponde, A.2, A.3, estos administradores no manejan la asistencia humanitaria, por tanto, no contestaron a esta pregunta.

Las percepciones sobre la pregunta fueron distintas. Uno de los administradores manifestó que cualquiera puede acceder a la asistencia a través de la personería y siguiendo la ruta; los otros dos no contestaron a esta cuestión dado que no era de su competencia. Por otra parte, dos de los líderes manifestaron su desconfianza en el gobierno local y uno de ellos dijo que se peleaba porque se entregará una asistencia más equilibrada para las familias. La víctima V.1, dijo que no se entregaba y la víctima V.3 al igual que los líderes manifestó cierta desconfianza al decir que las enviaban, pero que realmente no se sabe que llega y que no llega a las víctimas. Solamente la víctima V.2 dijo que él creía que por ser víctimas podían acceder más fácilmente a los auxilios.

CATEGORÍA III – PREGUNTA No. CUATRO

Tabla 23. Categoría III

Categoría III, pregunta No. cuatro: ¿Cuáles son las barreras que impiden a las víctimas acceder a los servicios de salud que contempla el Plan Decenal de Salud pública?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	pues lo que uno siempre les escucha que se quejan es en el tema de acceso a los servicios de salud, pero ya eso no es de competencia del municipio, sino de las EPS, que ellos en la atención cuando ya están afiliados pues le demoran las citas, o que no le garantizan el tema de atención, le demoran el tema de atención en temas de especialistas y demás, entonces se ven obligados a utilizar la acción de tutela para que se garantizan los derechos.	<i>“pues lo que uno siempre les escucha que se quejan es en el tema de acceso a los servicios de salud..., que ellos en la atención cuando ya están afiliados pues le demoran las citas, o que no le garantizan el tema de atención, le demoran el tema de atención en temas de especialistas y demás”</i>	Unidad uno - mala atención del sistema de salud, falta de participación, se desconoce la calidad de víctima, migración venezolana (A.1, A.2, L.1, L.2, V.1, V.2, V.3)
A.2	Las barreras es que ellos no participan, ni son tan activos como uno quisiera, la muestra está en que ellos no tienen una veeduría de ellos que nosotros hayamos podido promover, hacerle seguimiento, ayudarlas, no existe, se ha sesgado o se cerrado mucho el círculo de la mesa que maneja gobierno, y ya ellos no se salen de ahí, entonces en ese sentido es una barrera, porque si hubiera de pronto personas víctimas más activas o de pronto mayor número de líderes, podríamos haber tenido un mejor trabajo, sí la participación es bastante limitado, los líderes son contaditos,	<i>“Las barreras es que ellos no participan, ni son tan activos como uno quisiera..., yo diría que el sistema como tal no le ha permitido a ellos tampoco tener un goce efectivo”</i> <i>“para poder acceder al transporte se deben hacer casi siempre unas tutelas</i>	Unidad dos - no se sabe o no hay ninguna barrera: (A.3, L.3)

tres, cuatro líderes, cuando la asociación supera las 90 personas.

Yo diría que el sistema como tal no le ha permitido a ellos tampoco tener un goce efectivo, por ejemplo, la asociación de usuarios del hospital no ha tenido como una participación, bueno no ha tenido participación nutrida de ese tipo de personas, sería chévere que dentro de la asociación de usuarios del hospital, que es el único centro, hubiera representación de ellos, pero la verdad casi no hay participación y acceso pues lo que le digo, que no todo el mundo tenemos bases del Vivanto, ni la herramienta del Vivanto, ni las bases de las víctimas y muchas veces desconocemos su calidad de víctima y a veces no le damos la prioridad por lo mismo que ellos no dicen mire yo soy..., y eso también es victimizante que ellos tengan que decir venga yo soy víctima atiéndame.

Para nosotros ha sido complejo el hecho de que Pamplona no tenga tanta oferta, eso obliga o les permite a las EPS tener toda su red de prestación de servicio por fuera, cuando la prestación del servicio está por fuera obligatoriamente usted debe correr con los gastos de transporte, porque la EPS no los da, entonces para poder acceder al transporte se deben hacer casi siempre unas tutelas y esas tutelas esperar un tiempo para el fallo y a veces no falla y toca meter un desacato, y eso es un desgaste, es un desgaste para la víctima, por ejemplo si es una víctima del conflicto y está solicitando, es un desgaste estar solicitando el transporte, muchas veces le dicen sí la EPS se lo paga, pero primero tiene que pagarlo usted y luego se lo pagamos, entonces de todas formas le tocó sacar un dinero que no tenía o que no tenía previsto para una atención médica, y no solamente pasa con las víctimas sino en general con toda la población.

A.3 Pues igual no le podría dar como tal algún criterio, porque no tenemos un estudio, no hemos realizado un diagnóstico

y esas tutelas esperar un tiempo para el fallo y a veces no falla y toca meter un desacato, y eso es un desgaste, es un desgaste para la víctima”

“muchas veces desconocemos su calidad de víctima y a veces no le damos la prioridad por lo mismo”

“no hemos realizado un diagnóstico específico con

	específico con víctimas, donde digamos estas son las barreras que ellos refieren, pues acá se agendan las citas, está el espacio para que ellos puedan venir agendarlas como tal y se les da la priorización, pero ya pues es muy diferente el enfoque que ellos puedan dar con respecto a este ítem.	<i>víctimas, donde digamos estas son las barreras que ellos refieren, pues acá se agendan las citas, está el espacio para que ellos puedan venir agendarlas como tal y se les da la priorización”</i>
L.1	No, o sea, el acceso si lo tienen a las EPS, lo que no tienen acceso es a las autorizaciones como debe de ser, a las ayudas técnicas para personas con discapacidad, psicología, médicos, porque hay personas que yo conozco de la tercera edad que les toca que esperar hasta cinco meses para que los atienda un especialista, entonces no se está mirando eso, o sea, no es tanto el Estado, es las EPS que son perversivas, no solamente con las víctimas del conflicto armado sino con todo mundo, entonces las barreras existen, pero por las EPS y las ESE y las IPS que son las que no miran eso, no el Estado, hay sino tiene la culpa ni el municipio ni el Estado, son las EPS.	<i>“No, o sea, el acceso si lo tienen a las EPS, lo que no tienen acceso es a las autorizaciones como debe de ser, a las ayudas técnicas para personas con discapacidad, psicología, médicos”.</i>
L.2	Las barreras es la situación de migrantes por parte de Venezuela, ¿por qué?, porque están copando todos los espacios públicos, todos los espacios de salud, todos los espacios laborales, están causando otro desplazamiento interno porque están reclamando derechos que nunca tienen y sin embargo el gobierno..., yo digo siempre que el mejor presidente de Venezuela es Iván Duque porque se concentró más en Venezuela que en las necesidades del pueblo colombiano, entonces esos son las principales barreras que hay para acceder a los servicios de salud y por ende si no hay trabajo, sino hay habitación, entonces esto se va a presentar problemas constantes de salud sin terminar, va a ser algo constante.	<i>“Las barreras es la situación de migrantes por parte de Venezuela, ¿por qué?, porque están copando todos los espacios públicos, todos los espacios de salud, todos los espacios laborales”</i>
L.3	Ninguna	<i>“ninguna”</i>
V.1	Pues mi amor bello, lo que le decía vuelvo y se lo recalco el problema de la salud que no se le ha brindado como debería	<i>“no está funcionando en sí el sistema de salud, ahora</i>

ser a a la población víctima ya no es solo de que no está funcionando en sí el sistema de salud, ahora sí colapsó porque debido a la migración de las personas venezolanas eso complicó más la situación de la población víctima, porque si a nosotros no nos atendían hacer tres, cuatro años como debería ser, ahora mucho menos porque usted llega allá con un dolor y tiene que esperarse cuatro o cinco horas, si el dolor se le pasa toca que se vaya para la casa, si sigue con el dolor toca que se lo aguante como dice uno vulgarmente, eso es lo que está pasando con el sistema de salud.

sí colapsó porque debido a la migración de las personas venezolanas eso complicó más la situación de la población víctima”

V.2 Pues yo hasta este momento como tengo la ESP ..., por parte del municipio no he recibido ningún auxilio, ninguna ayuda para mi salud. En el caso de las EPS, de todas maneras, así sea una población víctima, pues de todas maneras se le dificulta a uno mucho y le toca a uno muchas veces meter tutela para que le brinden a uno rápidamente citas con especialistas, exámenes y que le den a uno los insumos, los medicamentos sin ningún problema, porque las eps hoy día, todos sabemos que el servicio está muy malo en todas.

..., por parte del municipio no he recibido ningún auxilio, ninguna ayuda para mi salud. En el caso de las EPS, de todas maneras, así sea una población víctima, pues de todas maneras se le dificulta a uno mucho y le toca a uno muchas veces meter tutela para que le brinden a uno rápidamente citas con especialistas, exámenes y que le den a uno los insumos, los medicamentos sin ningún problema”.

V.3 Pues a veces, porque ya las EPS, como les dije de las gafas anteriormente no aprueban los..., o sea tienen unas políticas que es a ciertos años que por ejemplo le cambian a usted las gafas, etcétera, y a veces exámenes o medicamentos que las EPS no las da, o sea el servicio de salud no es completo

“y a veces exámenes o medicamentos que las EPS no las da, o sea el servicio de salud no es completo”

ANÁLISIS DE LA PREGUNTA CUATRO

Las respuestas a la pregunta, ¿cuáles son las barreras que impiden a las víctimas acceder a los servicios de salud que contempla el Plan Decenal de Salud pública?” se dividieron en dos categorías:

Unidad uno: mala atención del sistema de salud, falta de participación, se desconoce la calidad de víctima, migración venezolana (A.1, A.2, L.1, L.2, V.1, V.2, V.3), ejemplos: *“pues lo que uno siempre les escucha que se quejan es en el tema de acceso a los servicios de salud..., que ellos en la atención cuando ya están afiliados pues le demoran las citas, o que no le garantizan el tema de atención, le demoran el tema de atención en temas de especialistas y demás”*; *“las barreras es que ellos no participan, ni son tan activos como uno quisiera..., yo diría que el sistema como tal no le ha permitido a ellos tampoco tener un goce efectivo”*, *“para poder acceder al transporte se deben hacer casi siempre unas tutelas y esas tutelas esperar un tiempo para el fallo y a veces no falla y toca meter un desacato, y eso es un desgaste, es un desgaste para la víctima”*, *“muchas veces desconocemos su calidad de víctima y a veces no le damos la prioridad por lo mismo”*; *“el acceso si lo tienen a las EPS, lo que no tienen acceso es a las autorizaciones como debe de ser, a las ayudas técnicas para personas con discapacidad, psicología, médicos”*, *“las barreras es la situación de migrantes por parte de Venezuela, ¿por qué?, porque están copando todos los espacios públicos, todos los espacios de salud, todos los espacios laborales”*, *“no está funcionando en sí el sistema de salud, ahora sí colapsó porque debido a la migración de las personas venezolanas eso complicó más la situación de la población víctima”*; *“por parte del municipio no he recibido ningún auxilio,*

ninguna ayuda para mi salud. En el caso de las EPS, de todas maneras, así sea una población víctima, pues de todas maneras se le dificulta a uno mucho y le toca a uno muchas veces meter tutela para que le brinden a uno rápidamente citas con especialistas, exámenes y que le den a uno los insumos, los medicamentos sin ningún problema”; “y a veces exámenes o medicamentos que las EPS no las da, o sea el servicio de salud no es completo”.

Unidad dos: No se sabe o no hay ninguna barrera: (A.3, L.3), ejemplos: *“no hemos realizado un diagnóstico específico con víctimas, donde digamos estas son las barreras que ellos refieren, pues acá se agendan las citas, está el espacio para que ellos puedan venir agendarlas como tal y se les da la priorización”; “ninguna”.*

Las respuestas a la pregunta se dividieron en dos unidades, una en donde se clasificaron todas las barreras y otra en la que dos de los entrevistados dicen desconocerlas o que no existe ninguna. Respecto a lo anterior dos de los administradores (A.1, A.2) consideraron que las EPS o el sistema de salud no le brinda a la población, tanto víctimas como al resto; acceso a medicamentos, citas con especialistas y transporte hacia Cúcuta, además A.2 añade que por fallas en la base de datos en ocasiones se les desconoce la calidad de víctimas, lo que podría ser una barrera para el acceso de ellos a los servicios de salud, pero A.3 manifiesta que desconoce la percepción de las víctimas sobre el tema pues a ellos se les brindan las citas. De igual manera el líder L.1, consideró que, aunque las víctimas cuentan con seguro médico tienen dificultades para la autorización de medicamentos y citas con especialistas. Sin embargo, respecto a esto, los otros dos líderes respondieron algo diferente, ya que para el líder L.2 el problema

es migración venezolana que terminó de colapsar el sistema y para el líder L.3 no hay ninguna barrera. Al igual que los administradores A.1 y A.2 y el líder L.1, dos de las víctimas consideran que tienen dificultades para obtener citas generales o con especialista, así como medicamentos, solamente la víctima V.1 coincide con el líder L.2 en que la migración venezolana es una barrera para el acceso de las víctimas a la salud.

CATEGORÍA III – PREGUNTA No. CINCO

Tabla 24.

Categoría III, pregunta No. cinco: ¿Cuáles son las oportunidades de acceso de las víctimas del conflicto armado a la atención en salud que contempla el Plan Decenal de Salud Pública?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Esa pregunta si es de dirección local de salud, porque de igual manera, pues todo los planes que hacen los entes territoriales es de manera, no de crear oportunidad, sino al contrario no tener una oportunidad, sino de atenderlos, no solamente se atiende por oportunidades sino por la garantía de sus derechos	<i>no solamente se atiende por oportunidades sino por la garantía de sus derechos</i>	Unidad uno - oportunidades: A.1, A.2, A.3 Unidad dos - no hay oportunidades o son escasas: L.1, L.2, L.3, V.1, V.2, V.3
A.2	Las oportunidades son que nosotros afiliamos a todas las víctimas de manera gratuita y hacemos una jornada de salud para víctimas todos los años para que ellos puedan afiliarse y una vez ellos tienen su seguro los demás servicios los brinda la EPS.	<i>Las oportunidades son que nosotros afiliamos a todas las víctimas de manera gratuita y hacemos una jornada de salud para víctimas todos los años para que ellos puedan afiliarse y una vez ellos tienen su seguro los demás servicios los brinda la EPS.</i>	
A.3	Bueno, desde el plan de intervenciones colectivas como le mencione desde el inicio se atiende a toda la población independiente de su condición y desde la parte pos, también contamos con la prestación de los servicios para quien lo requiera. Nosotros hacemos la divulgación de las jornadas por varias estrategias, una es con los presidentes de acción comunal	<i>se atiende a toda la población independiente de su condición y desde la parte pos, también contamos con la prestación de los servicios para quien lo requiera.</i> <i>jornadas</i>	

pues que conocen el sector como tal, otra pegamos afiches o carteleras en el sector informando donde se va a realizar, hacemos cuñas radiales y también se hace un trabajo de invitación casa a casa por parte del equipo, se hace con mínimo quince días de anticipación para que la gente sepa lo que se va a realizar y pueda acceder al servicio.

En ocasiones la población refiere que no puede asistir por la parte laboral, porque se encuentra laborando y que eso implica de pronto dejar de producir un día, o pedir permiso en el trabajo como tal, otra es por apatía de la comunidad, muchas veces se llevan jornadas al sector y la gente no participa. La idea es que cuando nosotros hacemos estos procesos el mismo día de la jornada también se hace búsqueda por las casas para que las personas se vinculen.

- | | | |
|------------|---|---|
| L.1 | Como tal no creo que hay, no lo he visto la primera vez, que tienen unas estadísticas y hacen una reunión, pero ya lo que yo digo eso es para legalizar dineros, no es para realmente quieran ayudar a las víctimas como tal. | <i>Como tal no creo que hay, no lo he visto la primera vez</i> |
| L.2 | Solamente emergencias, yo he visto morir acá cantidades de víctimas en urgencias porque no hay servicio de salud para las víctimas, aquí solamente hay un médico por noche para atender una población de 60 mil habitantes. Un médico y cuatro enfermeras porque nos hemos dado a la tarea de hacer seguimiento, incluso cuando las víctimas tienen alguna necesidad nos llama a algunos de los representantes o presidentes de las asociaciones a fin de que les acompañemos en el hospital, y tanto así que he tenido que ir muchas veces y alegarles, alegarles duro para que atiendan a las víctimas del conflicto. | <i>Solamente emergencias, yo he visto morir acá cantidades de víctimas en urgencias porque no hay servicio de salud para las víctimas</i> |
| L.3 | Usted sabe que ahorita la salud esta tan cruel que muchas veces no atienden a la personas, o no alcanzan uno a llegar a las citas, uno pide una cita y también se la dan a uno cada tres meses, cada seis meses. | <i>Usted sabe que ahorita la salud esta tan cruel que muchas veces no atienden a la personas, o no alcanzan uno a llegar a las citas, uno pide una cita y también se la</i> |

		<i>dan a uno cada tres meses, cada seis meses.</i>
V.1	No, no tenemos ninguna, amor, no hay una buena atención a las víctimas en salud. Supuestamente tenemos muchas preferencias y beneficios. Hubo un niño que murió de cáncer. en cuanto al caso yo hice un derecho de petición a parte y resulta que yo llegué allá y dije bueno, la ley 1448 en el artículo... yo no me acuerdo si es el 80, ahorita se me escapa, dice que a las personas de la población víctima, si lo requiere, si los familiares no tienen como enterrar a su familiar que está incluido en el Vivanto, que llaman ahora, o en el registro único de víctimas, se le debe dar ese privilegio, resulta que yo me quedé sorprendida, por eso le digo, o sea, lamentable y es triste saber que ellos son abogados de aquí de la Unipamplona, por eso se lo decía yo a usted al principio, y me disculpo si alguien más lo va a escuchar, pero es cierto, cómo es posible que ellos que tienen también la ley ahí, encima de la mesa, porque la tenían ahí de lujo, no se atreva a agarrar la hojita y ponerse y buscar, muestre, revisemos al menos y fueron y me contestaron, en base, lo que me contestaron a mí viene en base a las comunidades indígenas, entonces decía el niño no era indio, o si lo sería de pronto muy atrás de familiares muy muy lejanos, pero en el momento se necesitaba que él si estaba incluido y que sí ese auxilio si debió haber existido. Listo sino tienen la plata, yo le decía la vez pasada a la personera, parese, son 100 empleados en la alcaldía, parese, y dígame venga cada uno pongamos 5000 pesos, son 500 mil pesos en cien personas, mire señora le podemos colaborar con 500 mil pesos, hombre o si no quiere pedirlo a los demás, sáquelo del bolsillo, uno de esta vida no se lleva nada, eso es lo más triste que cuando llegan allá se les olvida que uno no es nadie.	<i>No, no tenemos ninguna, amor, no hay una buena atención a las víctimas en salud. Supuestamente tenemos muchas preferencias y beneficios.</i>

V.2	Pues en cuanto a esa pregunta, yo creo que uno mismo tiene que buscar las oportunidades porque pues en el caso mío, yo, nosotros pagamos con mi esposa el seguro.	<i>Pues en cuanto a esa pregunta, yo creo que uno mismo tiene que buscar las oportunidades porque pues en el caso mío, yo, nosotros pagamos con mi esposa el seguro.</i>
V.3	Pues depende, si es acá en Pamplona, pues la facilidad es que puede uno perder todo el día en una cita o sacando una orden, y lo otro la infacilidad es que si le toca a Cúcuta, le toca una bregar conseguir el dinero para ir hasta Cúcuta	<i>Pues depende, si es acá en Pamplona, pues la facilidad es que puede uno perder todo el día en una cita o sacando una orden, y lo otro la infacilidad es que si le toca a Cúcuta, le toca una bregar conseguir el dinero para ir hasta Cúcuta</i>

ANÁLISIS PREGUNTA CINCO

Unidad uno: oportunidades: A.1, A.2, A.3, ejemplos “no solamente se atiende por oportunidades sino por la garantía de sus derechos, “las oportunidades son que nosotros afiliamos a todas las víctimas de manera gratuita y hacemos una jornada de salud para víctimas todos los años para que ellos puedan afiliarse y una vez ellos tienen su seguro los demás servicios los brinda la EPS” ; se atiende a toda la población independiente de su condición y desde la parte pos, también contamos con la prestación de los servicios para quien lo requiera”, “jornadas”.

Unidad dos: no hay oportunidades o son escasas: L.1, L.2, L.3, V.1, V.2, V.3, ejemplos: *“como tal no creo que hay, no lo he visto la primera vez”*; *“solamente emergencias, yo he visto morir acá cantidades de víctimas en urgencias porque no hay servicio de salud para las víctimas”*; *“usted sabe que ahorita la salud esta tan cruel que muchas veces no atienden a la personas, o no alcanzan uno a llegar a las citas, uno pide una cita y también se la dan a uno cada tres meses, cada seis meses”*; *“no, no tenemos ninguna, amor, no hay una buena atención a las víctimas en salud. Supuestamente tenemos muchas preferencias y beneficios”*; *“pues en cuanto a esa pregunta, yo creo que uno mismo tiene que buscar las oportunidades porque pues en el caso mío, yo, nosotros pagamos con mi esposa el seguro”*; *“pues depende, si es acá en Pamplona, pues la facilidad es que puede uno perder todo el día en una cita o sacando una orden, y lo otro la infacilidad es que, si le toca a Cúcuta, le toca una bregar conseguir el dinero para ir hasta Cúcuta”*.

Las percepciones a la pregunta anterior son opuestas entre administradores y víctimas y líderes de las víctimas. Los administradores consideran que los ciudadanos tienen facilidades para acceder a los servicios de salud por medio del aseguramiento y las jornadas comunitarias. Por otra parte, tanto líderes como víctimas manifestaron no existen facilidades para acceder a la salud, sino por el contrario barreras que se resumen en dificultades para transportarse a otras ciudades para recibir la atención en salud, demoras en la citas médicas y falta de servicios hospitalarios.

CATEGORÍA III – PREGUNTA No. SEIS

Por favor lea el siguiente concepto y de acuerdo al mismo responda la pregunta al final del texto.

Enfoque psicosocial

Perspectiva que reconoce los impactos psicosociales que comprometen la violación de derechos en el contexto de la violencia y el desplazamiento en Colombia.

De igual manera es una guía ética y metodológica para la atención de tales situaciones sociales y para la relación con las personas, grupos, comunidades y colectivos étnicos, cuyos derechos han sido vulnerados en el marco de la violencia sociopolítica.

Desde este enfoque se privilegian siempre las acciones tendientes a contribuir en la reparación de la dignidad humana, generar condiciones para el ejercicio autónomo de las personas y las comunidades en la exigencia de los derechos, y devolver a estas la independencia y el control sobre sus vidas y sus historias. Reconoce y valida las potencialidades y capacidades con las que cuentan las personas y las comunidades para recuperarse y materializar sus proyectos de vida.

Tabla 25.

Categoría III, pregunta No. seis: Respecto al concepto anterior: ¿Cómo considera que se incorpora el enfoque psicosocial en la prestación de asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Bueno, el tema en el enfoque psicosocial, acá en el tema de las violaciones de derechos en el marco del contexto de la violencia, se identifica a través de los derechos victimizantes que ya están debidamente estructurados e identificados en la norma 1448 del 2011 y de las intervenciones, pues, en la parte de	<i>“en la parte de salud ya hay unos estándares para la atención, no solamente de la población víctima, sino de la población general, dado a que siempre hay un tema de</i>	Unidad uno - Se les brinda atención psicosocial: (A.1, A.2, A.3, V.2).

salud ya hay unos estándares para la atención, no solamente de la población víctima, sino de la población general, dado a que siempre hay un tema de susceptibilidad en la información, por ejemplo, no es lo mismo tocar a una persona que sufrió una violación sexual en el marco del conflicto armado, que un tema de abandono o despojo de predios, ¿cierto? Porque hay una estigmatización, puede haber un señalamiento sobre la persona que sufrió el hecho de violación, en entonces ya hay unos estándares y demás asignados para la atención psicosocial de la población.	<i>susceptibilidad en la información”</i>	Unidad dos - no se les brinda atención psicosocial (L.1, L.2, L.3, V.1, V.2)
A.2 Después de que pasa el problema en el cual el alcalde se ve involucrado en un evento presunto de corrupción, porque este ya lleva dos años en casa por cárcel y no tiene condena a este momento. Eso desdibujó toda buena intención de escucharlos y de llevar a cabo lo que ellos querían, que fue eso, fue darles a ellos la oportunidad de ser personas productivas, independientes, productivas, pero que lamentablemente yo creo que ese problema les quitó las ganas de seguir manifestándose, de seguir trabajando, de seguir luchando por sus sueños y muchas veces esta Pamplona es la radiografía de todo Colombia. No se sabe que es mejor si darle lo que yo pienso o darle lo que ellos quieren, no se sabe qué es mejor, porque cuando usted permite que la persona exprese lo que quiere, de pronto lo que usted le da no es o no llega a las expectativas de lo que usted quiere, y cuando hablamos de municipios con categorías sexta como es Pamplona, que es una categoría sexta, los recursos son limitados y quisiéramos dar y entregar grandes cosas, pero no, los recursos igual no son suficientes, un proyecto productivo que empieza con 15	<i>yo creo que el enfoque psicosocial que nosotros tratamos de darle a las víctimas del conflicto armado fue acertado en la medida de que escuchamos sus necesidades, pero que por otro tipo de inconvenientes terminó desanimándolos a ellos en esas iniciativas</i> <i>“Después de que pasa el problema en el cual el alcalde se ve involucrado en un evento presunto de corrupción, porque este ya lleva dos años en casa por cárcel y no tiene condena a este momento.</i> <i>Eso desdibujó toda buena intención de escucharlos y de llevar a cabo lo que ellos querían..”</i>	

millones de pesos, no pueden esperar unas cosas maravillosas, ni grandes, entonces yo creo que el enfoque psicosocial que nosotros tratamos de darle a las víctimas del conflicto armado fue acertado en la medida de que escuchamos sus necesidades, pero que por otro tipo de inconvenientes terminó desanimándolos a ellos en esas iniciativas, no sabemos qué pase con los próximos gobiernos, lo que sí sabemos es que se debe trabajar un poco más en la conciencia de que el hecho de ser víctimas del conflicto no los hace a ellos tampoco personas que sean inútiles, sino que no sea tanto de dar cosas, sino de que ellos produzcan y que ese capital semilla no lo tiene que aportar la alcaldía para que ese sueño se cumplan, sino que todos debemos aportar.

A.3 Con respecto al enfoque psicosocial nosotros hacemos la atención principalmente desde las colectividades, ya lo que sea individual se hace desde la parte pos, que es pues todo el restablecimiento de derechos, todo lo que es el proceso de acompañamiento psicoterapéutico y demás, ya pasaría a ser la parte asistencial, pero si nosotros desde las intervenciones del plan de intervenciones colectivas tratamos de tener en cuenta las particularidades de la población y hacer pues la atención de la manera más integral.

Con respecto al enfoque psicosocial nosotros hacemos la atención principalmente desde las colectividades, ya lo que sea individual se hace desde la parte pos, que es pues todo el restablecimiento de derechos, todo lo que es el proceso de acompañamiento psicoterapéutico

L.1 Lo primero que tiene que hacer es el Estado, caracterizar lo que le estoy diciendo, mirar que profesiones tienen los desplazados, porque más que todo en Colombia se mira es el desplazamiento, mirar qué características tiene cada desplazado. Y en cuestión de quitarle las barreras, de enseñarles a las EPS, a los gerentes de las EPS cuáles son las obligaciones de ellos con estas personas, más que todo

“esa es la verdad de las víctimas del conflicto armado, no están siendo atendidas bien, no son importantes para el Estado como debería de ser”

con los desplazados, vuelvo a repetir. Tienen que mirar que están haciendo ellos mal, porque ellos están revictimizando a la gente, por qué el mismo Estado en vez de ponerlos a pedir limosna, debería de ayudarlos, con el SENA, con la ESAP, con muchas entidades, ¿para qué? para que esas personas no se queden ahí, no sean mendigos, no sean los mendigos del Estado.

*“el estado no tiene en cuenta,
no respeta, no respeta el dolor
ajeno”*

Yo por lo menos en lo personal me gustaría que si mi hijo sale de contador, me gustaría que el Estado mirara eso, hay un contador, hay una enfermera, hay una abogada, vamos a mirar en donde... porque es que esas personas van ayudar y le van a dar calidad de vida a la familia, si usted es abogada, que su mamá no tiene las capacidades, sus hermanos no tienen las capacidades y si usted estudió con el esfuerzo, porque ni siquiera el Estado la ayudó con una beca, sino con el esfuerzo porque usted tuvo que trabajar, por qué el Estado no le ayuda a conseguir un empleo, por lo menos para que esa persona ayude a sus hermanos, por decir algo. El estado está en la obligación de hacer eso, pero el Estado no lo hace, o sea, a mí me gustaría sentarme con un presidente y decirle venga, ¿usted que está haciendo con los desplazados? Solamente hablar bonito, yo le puedo hablar bonito, pero yo no soy de las personas que voy a decir mentiras, porque esa es la verdad de las víctimas del conflicto armado, no están siendo atendidas bien, no son importantes para el Estado como debería de ser, porque el mismo Estado es el que está fomentando la guerra, el mismo Estado está haciendo que se maten los policías con los soldados, los fulanos con los zutanos, ellos mismos están haciendo que nosotros perdamos seres queridos, y que el Estado no quiere mirar que nosotros los perdimos y que a nosotros nos tocó que irnos de un lugar a otro porque el Estado está peleando, ¿y que le

conviene al Estado?, estar en guerra para ellos recibir plata, quienes estamos pagando las situaciones, los que vivimos, de pronto vivimos en zona de conflicto y nos tocó que venirnos otra vez, porque yo vivía en Saravena, a mí hermano lo amenazaron y a mí me tocó que venirme, mi hermano se vino y yo me quedé allá. Anoche, en enero me fui a cobrar una plata me cogió la noche y secuestrada preguntándome por mi hermano, a mi hermano lo mataron, mi mamá... yo ni siquiera declaré, mi mamá fue la que declaró y dijeron si es una persona que llena los requisitos para ser víctima del conflicto armado, y a él lo mató la guerrilla, porque a él lo mataron en Bucaramanga, qué hizo el Estado, el estado no tiene en cuenta, no respeta, no respeta el dolor ajeno.

L.2 La verdad es que es muy lamentable porque he tenido la oportunidad de atender muchas personas que han llegado de diferentes zonas del país, en su primer momento el desgarró psicológico que sienten es bastante fuerte, ¿por qué? Por qué el desarraigo es uno de los problemas más grandes que afectan nuestra mentalidad, nuestra situación psicológica, niños con zozobra, con miedo, con llanto en los ojos, a una defensiva, como si fuesen primates defendiéndose de una agresión, porque no razonan con las capacidades que debiera tener una persona normal, o una persona estructurada con su buen conocimiento, entonces que pasa, la situación sobre todo de los niños es la más lamentable porque viene con una situación de zozobra, para reencontrarse con su niñez, la incorporación en las escuelas, la incorporación en diferentes programas es una lucha constante, porque muchas veces ni los mismos papás pueden superar esta situación hasta ya después de demasiado tiempo.

la situación sobre todo de los niños es la más lamentable porque viene con una situación de zozobra, para reencontrarse con su niñez, la incorporación en las escuelas, la incorporación en diferentes programas es una lucha constante, porque muchas veces ni los mismos papás pueden superar esta situación hasta ya después de demasiado tiempo.

Entonces, como le diría yo, el problema radica en que no hay una atención verdadera, no hay una respuesta de seguridad cuando las víctimas están sufriendo el hecho victimizante, cuando se ven los atropellos por

He visto la situación de niños que llegan con un sentido de venganza, con una sed de sangre que no es la más apropiada para que la estén viviendo, por su misma niñez, porque los actores de los conflictos en Colombia empezando por las mismas fuerzas militares, la policía, las guerrillas, los paramilitares, ellos no saben el daño que le están causando a las personas sobre todo a la niñez, a las futuras generaciones que nos habrán de representar, ya digo dentro de muy poco, porque ya estamos cambiando otra vez de mayores a mayores, mayores.

Entonces, como le diría yo, el problema radica en que no hay una atención verdadera, no hay una respuesta de seguridad cuando las víctimas están sufriendo el hecho victimizante, cuando se ven los atropellos por las mismas instituciones del Estado, cuando se ven los secuestros que hace bienestar familiar a las víctimas del conflicto por las mismas situaciones que han llevado en su situación de desplazamiento que han sido violaciones, mutilaciones, reclutamiento forzado, homicidios, toda esta situación, todos estos enfoques encierran un trauma psicológico bastante grande.

Entonces si vemos la realidad de las cosas, no se está cumpliendo con los verdaderos objetivos, he sido testigo de niños que han venido, que se han logrado librar del reclutamiento forzado, donde han sido violados, niños de 10, 12, 13 años, niñas, y nos hemos visto en la necesidad de pedir el apoyo de GyZ, de buscar otros organismos internacionales, a fin de sacarlos de Colombia, ¿por qué? Porque mientras ellos estén en Colombia son objetivo militar de quienes los hayan reclutado, sean guerrillas o sean paramilitares y también la persecución que sufren por cuenta del Estado, el mal llamado Bienestar Familiar, el

las mismas instituciones del Estado

Yo creo que el enfoque psicosocial debería estar dentro de los mismos profesionales víctimas, que conocen el dolor directo, qué es el desarraigo, qué es el dolor de ser desplazado, qué es el dolor de ser víctima del conflicto, deberían atenderlo ya muchos profesionales víctimas, en las diferentes áreas sociales, en las diferentes instituciones,

No, ya le digo el enfoque psicosocial, en el caso de este municipio, lo hace mejor el estudiantado de la universidad

reencuentro psicosocial con la sociedad, eso es una farsa que están cometiendo, si hacemos memoria, en Armero tuve la oportunidad de participar allá como socorristas, se entregaron más de 50 niños rescatados por bomberos, ejército y defensa civil, es un caso muy especial que nunca lo había sacado a la luz, entregamos más de 50 niños a Bienestar Familiar y a la Cruz Roja y qué hicieron con esos niños, los vendieron, y hasta ahora se están dando los resultados, porque se han logrado hacer el reencuentro de estos niños.

Casos como el de San Gil, de una directora de bienestar social, en el año 2012, 2013, 2014, vendiendo niñas a personas extranjeras, entonces si vemos que la represión por parte de Bienestar Familiar también es una institución, una de las instituciones más podridas que hay en Colombia, porque negocia con la dignidad de los menores y los vende al mejor postor, entonces que se puede esperar de las demás instituciones.

Yo creo que el enfoque psicosocial debería estar dentro de los mismos profesionales víctimas, que conocen el dolor directo, qué es el desarraigo, qué es el dolor de ser desplazado, qué es el dolor de ser víctima del conflicto, deberían atenderlo ya muchos profesionales víctimas, en las diferentes áreas sociales, en las diferentes instituciones, por que quien más puede comprender a una víctima del conflicto que acaba de llegar, de uno que ya ha logrado superar el escalafón y ser profesional, ¿quién lo puede hacer, un burócrata contratado o una víctima profesional que ejerza la profesión?

No, ya le digo el enfoque psicosocial, en el caso de este municipio, lo hace mejor el estudiantado de la

universidad porque tiene necesidad de sacar su profesión adelante y su tesis como un logro bastante virtuoso y ellos son los mejores que lo pueden hacer, lo hacen sin recursos, con las uñas y lo hacen con amor, con un amor grande y desinteresado.

- L.3** Es que nosotros la atención psicosocial la hemos recibido de PAPSIVI y de la universidad, de las jóvenes que hacen las prácticas en la universidad. Nosotros vamos a la pastoral social por medio de la pastoral social nosotros trabajamos con las jóvenes de la universidad, por ejemplo como las psicólogas, como las trabajadoras sociales, las de terapia ocupacional, con ellas trabajamos por medio de la pastoral social, de la asociación, no.

Ellas tratan de que la gente trate de olvidar trate de mejorar su vida.

El PAPSIVI creo que aquí no funcionó.

Es que nosotros la atención psicosocial la hemos recibido de PAPSIVI y de la universidad, de las jóvenes que hacen las prácticas en la universidad, pero el PAPSIVI creo que aquí no funcionó.

- V.1** Pues mi amor, ahí solo queda recalcar lo que yo le había dicho anteriormente, mientras no tengamos, esa facilidad o esa empatía de poder contribuirle a esa población víctima que viene con una mano adelante y otra atrás, y nosotros no les ayudemos a superar la tristeza, el dolor, la angustia, los delirios de persecución, tantos traumas que se dan en esos casos y no se les ayude y no se les contribuya a que ellos reinicien, porque eso es reiniciar de cero, a qué reinicien su vida, y no les garanticemos que al menos tengan la posibilidad de un trabajo digno, no importa si es humilde o si es muy sencillo, pero el hecho es que muchas de esas personas quieren olvidar eso y dejarlo como un recuerdo, como un guardado allá en la caja del olvido, entonces qué pasa, por eso le digo el problema es que muchas veces uno llega buscando a alguien que le diga venga siéntese y tómese aunque sea una aromática, lo escucho, si esa persona ni
-

mientras las administraciones, el gobierno no nos colabore a que nosotros superemos la situación de pobreza la que da el hecho, la situación del trauma psicológico, nosotros no podremos hacer nada,

siquiera le ofrece eso que es lo más mínimo, que es una buena atención, nosotros no podemos decir no, voy a superarlo, voy a salir adelante, no se puede hacer, eso es lo que se necesita, que se haga un buen apoyo tanto psicológico como para uno empezar a salir de la situación de vulnerabilidad que se aqueja, que se da en ese trascurso.

V.2 Sí claro, la capacitación psicológica es muy importante, nosotros recibimos una capacitación casualmente el año pasado y eso nos ayuda mucho a superar lo que nos ha sucedido y a tratar de olvidar el hecho victimizante por el cual nos dejó en esta condición, en el caso mío en silla de ruedas y la capacitación psicológica nos ayuda también como mirar hacia adelante, pensar en un futuro y mirar nuevos senderos.

recibimos una capacitación casualmente el año pasado y eso nos ayuda mucho a superar lo que nos ha sucedido

V.3 Es que generalmente la ayuda psicosocial si bien no llega, porque por lo menos a mí me brindaron una asistencia psicológica en Cúcuta, aquí nunca la ha habido así como tal, pero lo bueno sería que para resarcir los daños y volver uno a tener digamos, como diría yo, la plena reparación todo fuera acompañado, no solamente de lo psicológico, de la salud, de lo social, etcétera, sino que para eso también se necesita resarcir económicamente resarcir a la personas que ha sido víctima, de lo contrario eso lo que hace es victimizarla, porque cuantos años, en mi caso por lo menos ya son más de 16 años y realmente a mí no se me ha resarcido nada, entonces como quieren las entidades del gobierno que uno recomponga otra vez su vida normal, no la puede recomponer porque la parte económica es bien importante y si no se tiene lo económico pues no hay manera de tener calidad de vida.

Es que generalmente la ayuda psicosocial si bien no llega, porque por lo menos a mí me brindaron una asistencia psicológica en Cúcuta, aquí nunca la ha habido así como tal, pero lo bueno sería que para resarcir los daños y volver uno a tener digamos, como diría yo, la plena reparación todo fuera acompañado, no solamente de lo psicológico, de la salud, de lo social, etcétera, sino que para eso también se necesita resarcir económicamente

ANÁLISIS DE LA PREGUNTA SEIS

Las respuestas a la pregunta “¿Cómo considera que se incorpora el enfoque psicosocial en la prestación de asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado?” se dividieron en dos categorías:

Unidad uno: Se les brinda atención psicosocial: (A.1, A.2, A.3, V.2), ejemplos: *“en la parte de salud ya hay unos estándares para la atención, no solamente de la población víctima, sino de la población general, dado a que siempre hay un tema de susceptibilidad en la información”; “yo creo que el enfoque psicosocial que nosotros tratamos de darle a las víctimas del conflicto armado fue acertado en la medida de que escuchamos sus necesidades, pero que por otro tipo de inconvenientes terminó desanimándolos a ellos en esas iniciativas”, “con respecto al enfoque psicosocial nosotros hacemos la atención principalmente desde las colectividades, ya lo que sea individual se hace desde la parte pos, que es pues todo el restablecimiento de derechos, todo lo que es el proceso de acompañamiento psicoterapéutico”, “recibimos una capacitación casualmente el año pasado y eso nos ayuda mucho a superar lo que nos ha sucedido”.*

Unidad dos: no se les brinda atención psicosocial: *“esa es la verdad de las víctimas del conflicto armado, no están siendo atendidas bien, no son importantes para el Estado como debería de ser”, “el estado no tiene en cuenta, no respeta, no respeta el dolor ajeno”; “la situación sobre todo de los niños es la más lamentable porque viene con una situación de zozobra, para reencontrarse con su niñez, la incorporación en las escuelas, la incorporación en diferentes programas es una lucha constante, porque muchas veces ni los mismos papás pueden superar esta situación hasta ya después de demasiado tiempo”, “entonces, como le diría yo, el problema radica en que no hay una atención verdadera, no hay una respuesta de seguridad cuando las víctimas están sufriendo el hecho victimizante, cuando se ven los atropellos por las mismas instituciones del Estado”, “yo creo que el enfoque psicosocial debería estar dentro de los mismos profesionales víctimas, que conocen el dolor directo, qué es el desarraigo, qué es el dolor de ser desplazado, qué es el dolor de ser víctima del conflicto, deberían atenderlo ya muchos profesionales víctimas, en las diferentes áreas sociales, en las diferentes instituciones”, “no, ya le digo el enfoque psicosocial, en el caso de este municipio, lo hace mejor el estudiantado de la universidad, “es que nosotros la atención psicosocial la hemos recibido de PAPSIVI y de la universidad, de las jóvenes que hacen las prácticas en la universidad, pero el PAPSIVI creo que aquí no funcionó”; “mientras las administraciones, el gobierno no nos colabore a que nosotros superemos la situación de pobreza la que da el hecho, la situación del trauma psicológico, nosotros no podremos hacer nada”; “es que generalmente la ayuda psicosocial si bien no llega, porque por lo menos a mí me brindaron una asistencia psicológica en Cúcuta, aquí nunca la ha habido así como tal, pero lo bueno sería que para resarcir los daños y volver uno a tener digamos, como diría yo, la plena reparación todo fuera acompañado, no solamente de lo psicológico, de la salud, de lo social, etcétera, sino que para eso también se necesita resarcir económicamente”.*

Las respuestas a esta pregunta fueron nuevamente opuestas entre administradores, líderes y víctimas. Los administradores consideran que existe enfoque psicosocial en la asistencia humanitaria y en la atención. Sin embargo, el administrador A.2 contestó que, aunque se les escucharon las necesidades, las víctimas no quedaron satisfechas, en parte también por el episodio de corrupción del alcalde de ese momento que también quebrantó la confianza en la administración pública. Sólo la víctima V.2 manifestó que casualmente una de las capacitaciones que recibió en psicología fue buena para él. Los demás líderes y víctimas entrevistados dijeron que no había un enfoque psicosocial dentro de las entidades del Estado.

En este sentido los líderes fueron más enfáticos en que el Estado no atiende bien a las víctimas, también dijeron que el trabajo psicosocial que han recibido ha sido otorgado por los estudiantes de la universidad. Las víctimas puntualizaron en qué además del apoyo psicosocial era necesario el económico, pues algunas víctimas no han superado las condiciones de pobreza después del hecho victimizante.

CATEGORÍA III – PREGUNTA No. SIETE

Por favor lea el siguiente concepto y de acuerdo al mismo responda la pregunta al final del texto.

Enfoque diferencial

Supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de derechos y libertades. Tiene en cuenta los ciclos de vida de las personas (infancia, adolescencia, adultez, vejez) y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes como es el caso de la discapacidad y de situaciones sociales como el desplazamiento.

El enfoque diferencial supone la organización de las acciones y programas que dan cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y de la no discriminación. La diferenciación del derecho a la salud para diferentes grupos poblacionales, y la especificidad de sus necesidades, responde a desventajas y necesidades no satisfechas que suceden en la práctica. Implica distinguir las diversidades propias de los sujetos y colectivos titulares de derecho, el reconocimiento de las particularidades sociales, culturales, religiosas, etc..., la consulta y la concertación con los sujetos involucrados, bajos los principios de reconocimiento intercultural, lo cual exige el acopio los recursos materiales y culturales de las comunidades.

Tabla 26.

Categoría III, pregunta No. Siete: De acuerdo con el concepto anterior, usted como administrador público, ¿Cómo considera que se incorpora el enfoque diferencial en la asistencia humanitaria a las víctimas?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	De acuerdo a lo que se estipuló en el plan de acción territorial hay un componente, un eje transversal que está el tema de enfoque diferencial, entonces no solo enfocado en el parte de la atención a la niñez, cuando hablamos de la atención y de las vías de acceso a la educación y salud, a la educación y el tema de la gratuidad de acceso a centros	<i>“también hay la atención a la mujer, tenemos un programa creado para la atención a la mujer, para la atención a la población lgtbi en el marco del conflicto armado, el tema del</i>	Unidad uno - hay programas para la atención diferencial: A.1, A.2, A.3, L.3

educativos y la garantía de la alimentación y el transporte escolar, sino que también hay la atención a la mujer, tenemos un programa creado para la atención a la mujer, para la atención a la población lgtbi en el marco del conflicto armado, el tema del adulto mayor, población discapacidad, siempre le hemos tratado no solamente de hablar de las generalidades de la población, del universo de la población víctima, sino que también, identificar, acompañar y atender a los diferentes grupos poblacionales, si son étnicos, que tienen situaciones diferentes o necesidades diferentes, pues acá en Pamplona no hay, pero siempre se dejan las líneas por si llegasen a llegar al municipio, para nadie es un secreto que la población Yumpa está en situación de desplazamiento, entonces a veces llegan acá al municipio de Pamplona de manera paulatina y de manera transitoria y con ellos hacemos una atención ,y no va a ser la misma atención que se tiene con una víctima, por decir, una víctima del conflicto armado en general porque las necesidades de ellos son diferentes.

adulto mayor, población discapacidad”

Unidad dos - no se incorpora el enfoque diferencial: L.1, L.2, V.1, V.2, V.3.

A.2 Yo creo que todo parte de la participación, porque es que en la medida que usted conozca las necesidades de ellos o las barreras que se le han presentado durante el transcurso de su..., de la vulneración de sus derechos, eso nos parte a nosotros para eliminar esas barreras, pero si ellos no participan, sino las conocemos, sino verificamos las necesidades pues nosotros vamos a seguir pensando que son las mismas, educación superior, trabajo, cultura, salud, deportes, en todo eso los programas institucionales están abiertos a ellos, pero por ejemplo si yo hago una escuela deportiva, totalmente gratuita como las que hizo esta administración, escuela deportiva de fútbol, escuela deportiva de ajedrez, hubo de rugby, hubo de baloncesto, escuelas deportivas, pero no participan porque de la misma forma como están abiertas, digamos para los niños de los colegios, pero los niños que son víctimas no sabemos, no los... habiendo la oferta, habiendo la oportunidad no vienen,

la administración promovió muchas cosas gratuitas, los escenarios deportivos los cobraban para poder entrar, todos los escenarios están gratuitos, se arreglaron todos, se arregló el estadio y eso es para el goce efectivo de todos, pero si esas personas no participan en eso digamos también en las escuelas de formación artística, cultural, pero si no hay una participación nutrida en todos esos programas pues

no participan, no hacen parte, entonces en ese tipo de cosas, creo que la administración promovió muchas cosas gratuitas, los escenarios deportivos los cobraban para poder entrar, todos los escenarios están gratuitos, se arreglaron todos, se arregló el estadio y eso es para el goce efectivo de todos, pero si esas personas no participan en eso digamos también en las escuelas de formación artística, cultural, pero si no hay una participación nutrida en todos esos programas pues obviamente ellos se quedan por fuera, pero no por voluntad del gobierno, no por voluntad del gobierno, porque los programas están abiertos, de hecho en las mesas se promueven.

obviamente ellos se quedan por fuera

En la mesa de víctimas está una representante del SENA, un representante de la Universidad de Pamplona, de la Cámara de Comercio, en las diferentes instituciones, los diferentes secretarios y ahí se promueve y decimos mire tenemos una... o por ejemplo yo tenemos una brigada de salud tal día, pero no van, entonces sí yo digo que parte de la barrera es la misma falta de iniciativa de ellos a participar.

En cuanto al enfoque diferencial, se cuenta con unas guías de 20 pasos y capacitaciones que esas, si las hace directamente el IDS para el personal acerca de cómo se debe atender a cada grupo poblacional.

A.3 Bueno nosotros como le decía estamos haciendo una atención de acuerdo al enfoque diferencial, el enfoque diferencial lo tenemos de acuerdo al género, al ciclo de vida, a las etnias, pues en este momento no tenemos etnias acá en el municipio, pero también las tenemos contempladas, y tenemos ya unas condiciones especiales como lo son mujeres jefe de hogar, población con discapacidad, víctimas, lgtbi, migrantes u otras condiciones.

“el enfoque diferencial lo tenemos de acuerdo al género, al ciclo de vida, a las etnias, pues en este momento no tenemos etnias acá en el municipio, pero también las tenemos contempladas, y tenemos ya unas condiciones especiales como lo son mujeres jefe de hogar,

población con discapacidad, víctimas, LGTBI, migrantes u otras condiciones”

L.1 Lo que sigo diciendo, donde está, yo no lo he visto, es que empezando por que las entidades no tienen, es que ni siquiera las entidades tienen una base de datos donde diga este fulano de tal, llegó a pedir una atención médica, esta persona es desplazada, tiene prioridad, no, ninguna entidad, ni siquiera la universidad, porque la universidad es el primer choque con los alumnos que vienen desplazados de otros lugares a estudiar.

Lo que sigo diciendo, donde está, yo no lo he visto, es que empezando por que las entidades no tienen, es que ni siquiera las entidades tienen una base de datos

La universidad no tiene base de datos, porque si tiene bases de datos los manda a pedir una certificación de que es desplazado, tienen que esperar y si no tienen la bendita certificación los saca y no se pueden hacer matrículas, la misma universidad se está prestando para eso, entonces, ¿quién está excluyendo a las víctimas del conflicto armado?, la universidad también y todas las entidades y no les importa, no les importa los desplazados, ni nada.

Lo que le estoy diciendo la universidad salen profesionales del conflicto armado, porque la misma universidad no hace una caracterización estos son los profesionales que salieron de nuestra universidad, vamos a hacer que las entidades tengan conocimiento que la universidad de Pamplona sacó profesionales en tales ramas y empezar ellos mismos a socializar esos profesionales para que no les estén pidiendo el año de experiencia.

La misma universidad se está prestando para eso, para que las víctimas del conflicto armado no progresen, mire yo conocí hace unos años, una persona que era del conflicto

armado y por el hecho de ser del conflicto armado, ah no que porque usted cree que es del conflicto armado, usted tiene todos los derechos aquí y puede hacer lo que se le da la gana, no, ella estaba reclamando que un profesor la estaba ultrajando, la estaba, no le estaba... o sea, se la montó tanto que ella se iba ir de Pamplona, no tocó demandar para que ella no se fuera de Pamplona, nos tocó que demandar, ¿dónde está la universidad haciendo velar los derechos de los desplazados, ¿por qué la universidad no se toma el trabajo de mirar las bases de datos y mirar si son desplazados o no, y no le estén pidiendo una carta a cada rato, que si usted no trae la carta de desplazado o si usted no trae una bicha que diga que usted es desplazado... pídale la caracterización,... pida la base de datos y no esté jodiendo a los desplazados, no les haga sentir mal, empecemos por ahí.

Ahora si eso es la universidad entonces que hablamos de las otras empresas, están igual y si usted va a decir que usted es desplazado ay no, a mí que me importa que usted sea desplazado, aquí todo el mundo es igual, ¿entonces?, van y se toman fotos con los desplazados, aquí llegan y dicen tómeme aquí la esta foto porque yo estoy hablando aquí con unos desplazados, estoy hablando con fulano, con zutano, no más por sacar protagonismo, eso no se hace, las cosas son como son, los desplazados, la víctima el que sea se hace valer sus derechos sin estarle mostrando al mundo que es ud es, y eso se lo debo a la universidad, yo digo la Universidad de Pamplona tiene muchas cosas bonitas, pero también dentro de sus cosas bonitas, tiene eso, no hace valer.

Pregunte, no sé si está funcionando el restaurante de la universidad, pero pregunte cuántos desplazados hay en el restaurante, empezando por eso. Y hay gente que no le gustan que sepan que son desplazados, pero por lo menos

tengan la base de datos, fulano de tal con la cédula, mire ah usted es desplazado, usted tiene cierto, mire hagamos esto, miremos como vamos a hacer, o que ya salió el diploma como profesional mirar en la base de datos, la misma universidad ayudar, la misma universidad ayudar a esos profesionales.

L.2 Creo que el enfoque diferencial es bastante grave, yo creo que el eje temático que más se debe tener en cuenta es el enfoque diferencial, si miramos las necesidades de un niño, de una persona adulta, de un adolescente, de una persona mayor, son uno de los factores en un grupo, pero si miramos los factores, de un niño, de un adolescente, de un adulto, de un adulto mayor con discapacidad es totalmente es diferente.

Si miramos el otro concepto la afectación psicológica que tiene cada uno de los incluidos en el enfoque diferencial es bastante grande, pero lo más grave que tenemos es la inclusión laboral, como vemos Pamplona no es una ciudad de empresa, no es una ciudad de trabajo, acá es solamente de sobrevivir, acá no hay empresas que generen empleo, no hay instituciones que brinden el apoyo para que las víctimas tengan una situación laboral y ahora con el problema que tenemos con la reestructuración laboral que quiere hacer el señor presidente y sus secuaces, entonces nos damos de cuenta que vamos a un colapso general, ¿porque?, porque si usted como padre, un padre de familia víctima del conflicto que sus hijos están clamando, están llorando y están clamando atención porque tienen hambre, y sale a buscar algo y no encuentra nada, ¿en que va a terminar eso?, en generar más violencia, en generar más presión, hasta que esta situación va a reventar, va a reventar y no vamos a tener ni la culpa, ni que pueda pasar con ese desenlace. Ese en el caso normal, en el caso del enfoque diferencial, pero afectado por discapacidades, que podemos decir de una persona que llega mutilado por

Creo que el enfoque diferencial es bastante grave, si miramos los factores, de un niño, de un adolescente, de un adulto, de un adulto mayor con discapacidad es totalmente es diferente. El mismo gobierno es el único responsable porque no están brindando las medidas necesarias de recuperación psicológica y la inclusión laboral para las víctimas... debería haber el enfoque, pero como ya le digo, los profesionales que son contratados, ni son víctimas, ni quieren las víctimas, ni entienden a las víctimas,.

minas antipersonas, o que llega en una silla de ruedas, que llegue con sus hijos, que llegue con toda su parentela, como va a tratar de sobrevivir en donde no se le brindan las oportunidades necesarias.

El caso de los que llegan con atención psicológica viva, está latente, esta es una situación más peligrosa que un loco armado, ¿por qué? Porque una persona que ha sufrido el desarraigo, el asesinato, la mutilación, todas estas situaciones conllevan a crear una zozobra mayor, de la que el mismo gobierno es el único responsable porque no están brindando las medidas necesarias de recuperación psicológica y la inclusión laboral para las víctimas, eso es un detalle, una hecatombe que está a punto de reventar y más en estos gobiernos que tenemos.

Debería haber el enfoque, pero como ya le digo, los profesionales que son contratados, ni son víctimas, ni quieren las víctimas, ni entienden a las víctimas, deberían ser mismas víctimas profesionales que deberían ejercer ese rol en la recuperación psicológica, médica y social de las víctimas.

El ejemplo es muy sencillo, un profesional en salud que haya sido egresado de la Javeriana, de las mejores universidades de Colombia, cómo va a atender una víctima con cariño, con necesidad, con comprensión si es una persona que nunca ha vivido el conflicto, si es un profesional que ha vivido el conflicto y atiende a la víctima ¿no se va a poner en los zapatos de quien está sufriendo por el hecho victimizante?, ¿no le va a dar una mejor comprensión, una mejor recuperación y una mejor aceptación ante la necesidad que tiene la víctima?

L.3 Ellos tienen sus programas, allá en salud tienen sus programas con el adulto mayor, con los niños, con los jóvenes, con los discapacitados. Bueno yo no sé a la

Ellos tienen sus programas, allá en salud tienen sus programas con el adulto

	asistencia humanitaria, pero ellos tienen sus programas, eso lo hacen en general.	<i>mayor, con los niños, con los jóvenes, con los discapacitados.</i>
V.1	No mami, no hay un enfoque diferencial porque es que ni siquiera tiene privilegio de atención a salud, entonces, si no hay una atención a salud que es lo mínimo de garantía, no se puede hacer un enfoque diferencial, vamos a seguir en las mismas, sea niño, sea adulto o sea alguien viejito, alguien que ya esté en su vejez, no va a tener esas garantías en salud, ni mucho menos el enfoque diferencial.	<i>No mami, no hay un enfoque diferencial porque es que ni siquiera tiene privilegio de atención a salud, entonces, si no hay una atención a salud que es lo mínimo de garantía, no se puede hacer un enfoque diferencial</i>
V.2	Seguro que de algún modo nos dan una mejor atención por ser personas con prioridad, por ser población vulnerable, de pronto faltaría que la asistencia fuera mejor, pero gracias a Dios pues algo nos ha servido.	<i>de pronto faltaría que la asistencia fuera mejor, pero gracias a Dios pues algo nos ha servido.</i>
V.3	No, todo es por igual, no hay ninguna diferencia. El hecho de yo ser víctima no me hace tener un servicio prioritario, no, es un servicio normal como para todos y bueno. Porque es que, así como se está haciendo ahorita, por lo menos, con los extranjeros que están acá en Colombia, las víctimas debíamos tener un trato preferencial, ¿por qué? Porque estamos fuera de nuestro entorno, primero, segundo, hemos perdido la seguridad y la estabilidad económica que teníamos y volver a recomponer para uno es muy difícil por la misma economía que hay en el país, que no siempre se logra trabajar permanentemente, no siempre se logra estabilizarse, no siempre se logra estar al día con servicios, con comida, con vestidos, con salud, etcétera, porque si bien es cierto, que se brindan servicios de salud que vienen de manera gratuita, también es cierto que los servicios de salud que ya se salgan de esa meta, le toca al paciente cubrirlos aparte, entonces deberíamos tener un trato diferencial con relación a la población propia de por acá, digo yo, la verdad es que no tenemos ningún trato diferencial las víctimas de Pamplona.	<i>El hecho de yo ser víctima no me hace tener un servicio prioritario, no, es un servicio normal como para todos y bueno. Porque es que, así como se está haciendo ahorita, por lo menos, con los extranjeros que están acá en Colombia, las víctimas debíamos tener un trato preferencial.</i>

Es que el entorno, o sea, como le digo yo, este no es mi entorno, me ido adaptando a él con el pasar de los años, pero aun así hay cosas que acá no se suplen por ejemplo la familia que no está al lado de uno, los amigos, si o sea, el entorno familiar está afuera de acá, esos son vacíos que las víctimas vivimos y que yo vivo, entonces si le dieran a uno la posibilidad digamos de estar otra vez en el entorno, sería magnífico, porque así uno, digamos, como se llama, la parte psicológica la menos se resarce, pero tampoco le dan a uno esa posibilidad porque no hay indemnización, no hay ayuda humanitaria, no hay nada de eso, entonces le toca a uno por sus propios medios mirar cómo sale adelante, entonces las víctimas realmente, yo personalmente no siento apoyo de ninguna clase, que tenga que ver con la unidad de víctimas.

ANÁLISIS DE LA PREGUNTA SIETE

Unidad uno: hay programas para la atención diferencial: A.1, A.2, A.3, L.3, ejemplos: *“también hay la atención a la mujer, tenemos un programa creado para la atención a la mujer, para la atención a la población lgtbi en el marco del conflicto armado, el tema del adulto mayor, población discapacidad”, “la administración promovió muchas cosas gratuitas, los escenarios deportivos los cobraban para poder entrar, todos los escenarios están gratuitos, se arreglaron todos, se arregló el estadio y eso es para el goce efectivo de todos, pero si esas personas no participan en eso digamos también en las escuelas de formación artística, cultural, pero si no hay una participación nutrida en todos esos programas pues obviamente ellos se quedan por fuera”, “el enfoque diferencial lo tenemos*

de acuerdo al género, al ciclo de vida, a las etnias, pues en este momento no tenemos etnias acá en el municipio, pero también las tenemos contempladas, y tenemos ya unas condiciones especiales como lo son mujeres jefe de hogar, población con discapacidad, víctimas, LGTBI, migrantes u otras condiciones”; “ellos tienen sus programas, allá en salud tienen sus programas con el adulto mayor, con los niños, con los jóvenes, con los discapacitados”.

Unidad dos: no se incorpora el enfoque diferencial: L.1, L.2, V.1, V.2, V.3: *“lo que sigo diciendo, donde está, yo no lo he visto, es que empezando por que las entidades no tienen, es que ni siquiera las entidades tienen una base de datos”, “creo que el enfoque diferencial es bastante grave”; “el mismo gobierno es el único responsable porque no están brindando las medidas necesarias de recuperación psicológica y la inclusión laboral para las víctimas... debería haber el enfoque, pero como ya le digo, los profesionales que son contratados, ni son víctimas, ni quieren las víctimas, ni entienden a las víctimas”; “no mami, no hay un enfoque diferencial porque es que ni siquiera tiene privilegio de atención a salud, entonces, si no hay una atención a salud que es lo mínimo de garantía, no se puede hacer un enfoque diferencial”, “de pronto faltaría que la asistencia fuera mejor, pero gracias a Dios pues algo nos ha servido”, “el hecho de yo ser víctima no me hace tener un servicio prioritario, no, es un servicio normal como para todos y bueno. Porque es que, así como se está haciendo ahorita, por lo menos, con los extranjeros que están acá en Colombia, las víctimas debíamos tener un trato preferencial”.*

Los administradores y uno de los líderes manifestaron que existían varios programas en salud para realizar una atención diferencial segmentados de la siguiente manera: mujer, población LGTBI, adulto mayor y personas con discapacidad, de acuerdo al género, al ciclo de vida, etnias y migrantes. En cambio, el resto de los líderes y víctimas consideran que no existe un enfoque diferencial ni en la asistencia humanitaria, ni en la prestación de servicios de salud, dentro de las quejas que ellos presentan mencionan la falta de una base de datos, de atención psicológica, inclusión laboral, empatía por parte de los profesionales que los atienden, de atención en salud y prioridad.

Análisis general de la Categoría III. Accesibilidad y barreras de las víctimas para beneficiarse del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021)

Todas las respuestas de esta categoría fueron opuestas entre los administradores, líderes y víctimas del conflicto armado del estudio, pues generalmente los administradores defendían su trabajo, mientras las víctimas manifestaron su inconformismo. Es decir, mientras los administradores dicen que hay mucha accesibilidad y pocas barreras para las víctimas; líderes y víctimas dicen todo lo contrario que hay más barreras que accesibilidad para acceder a los beneficios del Plan Decenal de Salud.

Eventualmente el administrador A.2 explicó más detalladamente las barreras del sistema de salud para las víctimas y de igual manera la víctima V.2 se mostró conforme con algunas acciones de la alcaldía del municipio en ese momento.

También vale la pena aclarar que las preguntas sobre asistencia humanitaria solamente se dirigieron a uno de los administradores, quien era el responsable de esta función. Los otros administradores de la política pública se abstuvieron de responder debido a que ese no era un asunto de su competencia. Dicho administrador manifestó que la asistencia humanitaria se entregaba como dicta la ley, es decir con su respectiva valoración, kit de alojamiento y alimentación y remisión a la atención psicosocial si lo requiere.

También afirmó que una de las barreras para acceder a este beneficio es el desconocimiento que tienen las víctimas de sus derechos y de la ley ya que cualquier víctima puede acceder fácilmente a la ruta de atención y pedir información en la personería o la oficina de gobierno, como lo expresó con estas palabras *“esa ayuda humanitaria inmediata se activa en la secretaria de gobierno cuando la persona ya ha ido al ministerio público y ha presentado su declaración y esta es remitida por la personería municipal en este caso y de manera inmediata se hace una valoración, no solamente entregar un kit de alojamiento, de alimentación, sino también hacer el tema de una valoración y remisión, si lo ameritan por el tema de atención psicosocial o de otros componentes”*; “hay uno el desconocimiento de la norma, dos desconoce sus derechos”.

Por el contrario, los tres líderes que hicieron parte del estudio afirmaron que, si bien se entrega una asistencia humanitaria, esta no cuenta con las especificaciones que dicta la norma. Por ejemplo, dijeron que el mercado no se brinda por los tres meses que corresponde, que los productos son escasos y de baja calidad. Otros líderes manifestaron que la administración municipal dice que no hay plata para las asistencias, entre otras excusas, así como que la asistencia es limitada y que en ocasiones se burlan de las víctimas. Por otra parte, una de las víctimas considera que además de que no había presupuesto, tampoco se gestionó la ayuda, otra

de las víctimas afirma que no sabe nada de eso, ya que ella no recibió ninguna. Sólo una de las víctimas dijo que sabía que la alcaldía entregaba colchonetas y alimentos.

Las quejas de líderes y víctimas se resumen en los siguientes ejemplos: *“a veces les dicen les vamos ayudar con el arriendo y los dejan pero... (hace gesto), no llegó plata, no hay plata, el municipio no tiene plata, y es un problema del municipio, no tengo plata, no hay plata, ni para las víctimas del conflicto armado, lo que yo le estoy diciendo llegan los venezolanos pidiendo lo que no deben de pedir, pero es que no hay ni para las víctimas del conflicto armado y los otros pidiendo para eso”; “bueno las barreras son las de siempre, que usted no es de este municipio, usted no tiene que declarar acá, que ya pasó el tiempo, que esto, que aquello, que lo otro, le sacan miles de peros..., “la ayuda humanitaria de emergencia muchas veces se la dan muy limitada, no como lo especifica la ley, o como declara la ley que debe de ser, eso deben llenar una serie de cuestionamientos, les hacen firmar y le salen con cualquier bobada, algo que es demasiado iracundo”, “muchas veces lo que le hacen es la mofa y se dan el gusto de burlarse delante de las víctimas”; “regular, no se les brinda como debe ser como la ley lo dice, pues a las personas que llegan por primera vez, la ayuda humanitaria de emergencia, tiene que darles alimentación, útiles de cocina, camas, cobijas, colchonetas, pero no es como bien adecuado para las personas. No es adecuado porque les dan no es de buena calidad, porque usted sabe que eso le dan cualquier cosita y con eso sale, y tienen que dárselo por tres meses y aquí no lo dan sino por un mes”; “pues corazón, aquí no se brindó una asistencia humanitaria, ni siquiera una ayuda de emergencia, que creo que es a lo que se refiere su pregunta en sí, nunca hubo presupuesto, nunca se hizo la gestión”; pues la verdad yo asistencia humanitaria acá en Pamplona nunca he recibido, yo personalmente, habló por mí”.*

Específicamente sobre las barreras que existen para acceder a la asistencia humanitaria, los líderes manifestaron diferentes opiniones, uno de ellos dijo que el gobierno no conocía las verdaderas necesidades de las víctimas, ya que ellas no necesitan asistencias humanitarias, sino capacitación y trabajo lo que expresó así *“no ha mirado realmente la problemática de las víctimas del conflicto armado y no es tanto ni las ayudas, yo lo que yo pido para las víctimas del conflicto armado es que les den capacitaciones... , a las víctimas como a los venezolanos nos enseñaron fue a pedir”*; el líder identificado como L.2, dijo que las administraciones municipales siempre se excusaban para no dar la asistencia, *“sacan miles de peros”* y el líder L.3, afirmó que una de las barreras era tener que esperar tres meses para poder acceder a la ayuda, *“esperar tres meses para que la Unidad de Víctimas lo admita a uno, sea incluido como víctima”*.

Las víctimas también opinaron de manera distinta, V.1, dijo que la persona de la administración que es el enlace entre la administración *“y las víctimas no cumplía con su función; “que mientras los enlaces sigan siendo un nombramiento político o un favor político las cosas no van a funcionar”*. Otra de las víctimas duda que las ayudas lleguen realmente a quienes las necesitan, *“esto por ejemplo puede de que el gobierno las envíe, puede que la Unidad las envíe, pero no se sabe en ese envío de allá para acá a donde van a llegar esas ayudas”*. Solamente la víctima V.2 dijo que posiblemente la gente se avergonzaba de pedir la ayuda o quizá de antemano creían que no se la iban a dar, *“yo creo que las barreras serían que de pronto mucha le da pena o piensa que de pronto no se les va a colaborar como ellos creen”*.

Por otra parte, en relación a la pregunta sobre las oportunidades para acceder a la asistencia humanitaria; dos de los líderes manifestaron su desconfianza en el gobierno local, *“son mentirosos, ellos mismos se mienten y le mienten a las víctimas, las víctimas están esperando una indemnización, no sé para qué, pero la están esperando”*; *“las oportunidades son muy escasas porque acá*

disfrazan las cosas y se roban el rubro a diestra y siniestra, les dan una cama, una colchoneta, una cobija y un mercado para 10 días y no más, a la intemperie, ¿dónde van a vivir?, muchas veces no les dan el subsidio de arriendo que por ley son tres meses, por una situación de 200 mil pesos mensuales para que logren una medio estabilización”, y uno de ellos dijo que se peleaba porque se entregará una asistencia más equilibrada para las familias, “; “ahorita se está peleando que miren el vínculo familiar, que miren que si vienen ellos que les den la alimentación para los niños, y si vienen adultos mayores también”.

La víctima V.1, dijo que no se entregaba, *“no, ninguna, no tenemos ninguna mami”,* y la víctima V.3 al igual que los líderes manifestó cierta desconfianza al decir *“pues no sé, nunca se dan, en Pamplona nunca se ha visto de una manera clara y precisa que llega, que no llega. Solamente la víctima V.2 dijo que él creía que por ser víctimas podían acceder más fácilmente a los auxilios, ““pues yo digo que por ser población víctima entonces tenemos prioridad y podemos acceder más fácil a todos esos auxilios, a todas esas ayudas que se nos dan”.*

Al contrario, el administrador consideró que las oportunidades eran las siguientes, *“las facilidades son de acceder a la ruta, todos tienen la facilidad de acceder a la ruta, llegar a personería inmediatamente si esta le profesional le toma la declaración y remitirla a secretaria de gobierno para enrutarlo tanto a la ayuda humanitaria inmediata como a los demás componentes que haya lugar”.*

Respecto a los servicios de salud los administradores A.1 y A.2 consideran que las barreras en los servicios que prestan las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) son iguales para todos los grupos poblaciones, tales como las demoras en las citas con especialistas, autorizaciones, entregas de medicamentos *pues lo que uno siempre les escucha que se quejan es en el tema de acceso a los servicios de salud..., que ellos en la atención cuando ya están afiliados pues le demoran las citas, o que no le garantizan el tema de atención, le demoran el tema de atención en temas de especialistas y demás”; “las barreras es que ellos no participan, ni son tan activos como*

uno quisiera..., yo diría que el sistema como tal no le ha permitido a ellos tampoco tener un goce efectivo”, “para poder acceder al transporte se deben hacer casi siempre unas tutelas y esas tutelas esperar un tiempo para el fallo y a veces no falla y toca meter un desacato, y eso es un desgaste, es un desgaste para la víctima”.

Aunque A.2, añade que para las víctimas específicamente una de las barreras es la demora en la verificación de la calidad de víctima de una persona, ya que la base de datos presenta fallas y retrasos en su actualización, *“muchas veces desconocemos su calidad de víctima y a veces no le damos la prioridad por lo mismo.* El administrador A.3 afirmó que desconoce cuáles son las barreras que identifican las víctimas en relación con este tema, *“no hemos realizado un diagnóstico específico con víctimas, donde digamos estas son las barreras que ellos refieren, pues acá se agendan las citas, está el espacio para que ellos puedan venir agendarlas como tal y se les da la priorización”.*

De igual manera el líder L.1, consideró que, aunque las víctimas cuentan con seguro médico, tienen dificultades para la autorización de medicamentos y citas con especialistas, *“el acceso si lo tienen a las EPS, lo que no tienen acceso es a las autorizaciones como debe de ser, a las ayudas técnicas para personas con discapacidad, psicología, médicos”.* Sin embargo, respecto a esto, los otros dos líderes respondieron algo diferente, ya que para el líder L.2 el problema es migración venezolana que terminó de colapsar el sistema, *las barreras es la situación de migrantes por parte de Venezuela, ¿por qué?, porque están copando todos los espacios públicos, todos los espacios de salud, todos los espacios laborales”,* y para el líder L.3 no hay ninguna barrera, “ninguna”. Al igual que los administradores A.1 y A.2 y el líder L.1, dos de las víctimas consideran que tienen dificultades para obtener citas generales o con especialista, así como medicamentos, *“por parte del municipio no he recibido ningún auxilio, ninguna ayuda para mi salud. En el caso de las EPS, de todas maneras, así sea una población víctima, pues de todas maneras se le dificulta a uno mucho y le toca a uno*

muchas veces meter tutela para que le brinden a uno rápidamente citas con especialistas, exámenes y que le den a uno los insumos, los medicamentos sin ningún problema”; “y a veces exámenes o medicamentos que las EPS no las da, o sea el servicio de salud no es completo” solamente la víctima V.1 coincide con el líder L.2 en que la migración venezolana es una barrera para el acceso de las víctimas a la salud, “no está funcionando en sí el sistema de salud, ahora sí colapsó porque debido a la migración de las personas venezolanas eso complicó más la situación de la población víctima”.

En cuanto a las oportunidades para acceder a los servicios de salud, los administradores consideran que los ciudadanos tienen facilidades para acceder a los servicios de salud por medio del aseguramiento y las jornadas comunitarias, ejemplo: *“no solamente se atiende por oportunidades sino por la garantía de sus derechos, “las oportunidades son que nosotros afiliamos a todas las víctimas de manera gratuita y hacemos una jornada de salud para víctimas todos los años para que ellos puedan afiliarse y una vez ellos tienen su seguro los demás servicios los brinda la EPS”; se atiende a toda la población independiente de su condición y desde la parte pos, también contamos con la prestación de los servicios para quien lo requiera”, “jornadas”.*

Por otra parte, tanto líderes como víctimas manifestaron no existen facilidades para acceder a la salud, sino por el contrario barreras que se resumen en dificultades para transportarse a otras ciudades para recibir la atención en salud, demoras en la citas médicas y falta de servicios hospitalarios, ejemplos: *“como tal no creo que hay, no lo he visto la primera vez”; “solamente emergencias, yo he visto morir acá cantidades de víctimas en urgencias porque no hay servicio de salud para las víctimas”, “usted sabe que ahorita la salud esta tan cruel que muchas veces no atienden a la personas, o no alcanzan uno a llegar a las citas, uno pide una cita y también se la dan a uno cada tres meses, cada seis meses”; “no, no tenemos ninguna, amor, no hay una buena atención a las víctimas en salud. Supuestamente tenemos muchas preferencias y beneficios”; “pues en cuanto a esa pregunta, yo creo que uno mismo tiene que*

buscar las oportunidades porque pues en el caso mío, yo, nosotros pagamos con mi esposa el seguro; “pues depende, si es acá en Pamplona, pues la facilidad es que puede uno perder todo el día en una cita o sacando una orden, y lo otro la infacilidad es que, si le toca a Cúcuta, le toca una bregar conseguir el dinero para ir hasta Cúcuta”.

Los administradores consideran que existe enfoque psicosocial en la asistencia humanitaria y en la atención, como se evidencia en las siguientes frases: *“en la parte de salud ya hay unos estándares para la atención, no solamente de la población víctima, sino de la población general, dado a que siempre hay un tema de susceptibilidad en la información”; “yo creo que el enfoque psicosocial que nosotros tratamos de darle a las víctimas del conflicto armado fue acertado en la medida de que escuchamos sus necesidades, pero que por otro tipo de inconvenientes terminó desanimándolos a ellos en esas iniciativas”, “con respecto al enfoque psicosocial nosotros hacemos la atención principalmente desde las colectividades, ya lo que sea individual se hace desde la parte pos, que es pues todo el restablecimiento de derechos, todo lo que es el proceso de acompañamiento psicoterapéutico”, “recibimos una capacitación casualmente el año pasado y eso nos ayuda mucho a superar lo que nos ha sucedido”.*

Sin embargo, el administrador A.2 contestó que, aunque se les escucharon las necesidades, las víctimas no quedaron satisfechas, en parte también por el episodio de corrupción del alcalde de ese momento que también quebrantó la confianza en la administración pública, *“después de que pasa el problema en el cual el alcalde se ve involucrado en un evento presunto de corrupción, porque este ya lleva dos años en casa por cárcel y no tiene condena a este momento. Eso desdibujó toda buena intención de escucharlos y de llevar a cabo lo que ellos querían...”,* explicó.

Sólo la víctima V.2 manifestó que casualmente una de las capacitaciones que recibió en psicología fue buena para él, *“recibimos una capacitación casualmente el año pasado y eso nos ayuda mucho a superar lo que nos ha sucedido”*. Los demás líderes y víctimas entrevistados dijeron que no había un enfoque psicosocial dentro de las entidades del Estado. En este sentido los líderes fueron más enfáticos en que el Estado no atiende bien a las víctimas, también dijeron que el trabajo psicosocial que han recibido ha sido otorgado por los estudiantes de la universidad. Uno de ellos habló que esta necesidad era más evidente en los niños. Las víctimas puntualizaron en qué además del apoyo psicosocial era necesario el económico, pues algunas víctimas no han superado las condiciones de pobreza después del hecho victimizante.

“Esa es la verdad de las víctimas del conflicto armado, no están siendo atendidas bien, no son importantes para el Estado como debería de ser”, “el estado no tiene en cuenta, no respeta, no respeta el dolor ajeno”; “la situación sobre todo de los niños es la más lamentable porque viene con una situación de zozobra, para reencontrarse con su niñez, la incorporación en las escuelas, la incorporación en diferentes programas es una lucha constante, porque muchas veces ni los mismos papás pueden superar esta situación hasta ya después de demasiado tiempo”, “entonces, como le diría yo, el problema radica en que no hay una atención verdadera, no hay una respuesta de seguridad cuando las víctimas están sufriendo el hecho victimizante, cuando se ven los atropellos por las mismas instituciones del Estado”, “yo creo que el enfoque psicosocial debería estar dentro de los mismos profesionales víctimas, que conocen el dolor directo, qué es el desarraigo, qué es el dolor de ser desplazado, qué es el dolor de ser víctima del conflicto, deberían atenderlo ya muchos profesionales víctimas, en las diferentes áreas sociales, en las diferentes instituciones”, “no, ya le digo el enfoque psicosocial, en el caso de este municipio, lo hace mejor el estudiantado de la universidad, “es que nosotros la atención psicosocial la hemos recibido de PAPSIVI y de la universidad, de las jóvenes que hacen las prácticas en la universidad, pero

el PAPSIVI creo que aquí no funcionó”; “mientras las administraciones, el gobierno no nos colabore a que nosotros superemos la situación de pobreza la que da el hecho, la situación del trauma psicológico, nosotros no podremos hacer nada”; “es que generalmente la ayuda psicosocial si bien no llega, porque por lo menos a mí me brindaron una asistencia psicológica en Cúcuta, aquí nunca la ha habido así como tal, pero lo bueno sería que para resarcir los daños y volver uno a tener digamos, como diría yo, la plena reparación todo fuera acompañado, no solamente de lo psicológico, de la salud, de lo social, etcétera, sino que para eso también se necesita resarcir económicamente”.

En cuanto al enfoque diferencial, los administradores y uno de los líderes manifestaron que existían varios programas en salud para realizar una atención diferencial segmentados de la siguiente manera: mujer, población LGTBI, adulto mayor y personas con discapacidad, de acuerdo al género, al ciclo de vida, etnias y migrantes.

“También hay la atención a la mujer, tenemos un programa creado para la atención a la mujer, para la atención a la población LGTBI en el marco del conflicto armado, el tema del adulto mayor, población discapacidad”, “la administración promovió muchas cosas gratuitas, los escenarios deportivos los cobraban para poder entrar, todos los escenarios están gratuitos, se arreglaron todos, se arregló el estadio y eso es para el goce efectivo de todos, pero si esas personas no participan en eso digamos también en las escuelas de formación artística, cultural, pero si no hay una participación nutrida en todos esos programas pues obviamente ellos se quedan por fuera”, “el enfoque diferencial lo tenemos de acuerdo al género, al ciclo de vida, a las etnias, pues en este momento no tenemos etnias acá en el municipio, pero también las tenemos contempladas, y tenemos ya unas condiciones especiales como lo son mujeres jefe de hogar, población con discapacidad, víctimas, LGTBI, migrantes u otras condiciones”; “ellos tienen sus programas, allá en salud tienen sus programas con el adulto mayor, con los niños, con los jóvenes, con los discapacitados”.

En cambio, el resto de los líderes y víctimas consideran que no existe un enfoque diferencial ni en la asistencia humanitaria, ni en la prestación de servicios de salud. Dentro de las quejas que ellos mencionan la falta de una base de datos, de atención psicológica y en salud, inclusión laboral, falta de empatía por parte de los profesionales que los atienden y prioridad en los servicios.

“lo que sigo diciendo, donde está, yo no lo he visto, es que empezando por que las entidades no tienen, es que ni siquiera las entidades tienen una base de datos”, “creo que el enfoque diferencial es bastante grave”, “el mismo gobierno es el único responsable porque no están brindando las medidas necesarias de recuperación psicológica y la inclusión laboral para las víctimas... debería haber el enfoque, pero como ya le digo, los profesionales que son contratados, ni son víctimas, ni quieren las víctimas, ni entienden a las víctimas”; “no mami, no hay un enfoque diferencial porque es que ni siquiera tiene privilegio de atención a salud, entonces, si no hay una atención a salud que es lo mínimo de garantía, no se puede hacer un enfoque diferencial”, “de pronto faltaría que la asistencia fuera mejor, pero gracias a Dios pues algo nos ha servido”, “el hecho de yo ser víctima no me hace tener un servicio prioritario, no, es un servicio normal como para todos y bueno. Porque es que, así como se está haciendo ahorita, por lo menos, con los extranjeros que están acá en Colombia, las víctimas debiéramos tener un trato preferencial”.

En conclusión, las percepciones de los sujetos entrevistados son diferentes respecto a la asistencia humanitaria, atención en salud, enfoque psicosocial y diferencial, características que contempla el Plan Decenal de Salud (2012 – 2021), específicamente para las víctimas del conflicto armado colombiano.

CATEGORÍA IV – PREGUNTA No. UNO

Tabla 27.

Categoría IV, pregunta No. uno: ¿Considera que se debe implementar en Pamplona, el Programa de Atención Psicosocial para las Víctimas del Conflicto Armado PAPSIVI?

S	RESPUESTAS	FRASES INCOMPLETAS O PALABRAS CLAVE	UNIDADES DE ANÁLISIS
A.1	Pues el PAPSIVI acá, tengo conocimiento de que el departamento en el pasado comité, hace dos comités, el PAPSIVI solamente focalizó algunos municipios, no está en todo el departamento, a pesar de que la dirección local de salud en cabeza de la doctora Sandra Forero presentó el proyecto para que Pamplona fuera focalizado. Lastimosamente Pamplona no ha sido focalizado y el PAPSIVI solamente está interactuando en algunos municipios. De pronto lo pueden trabajar general y priorizar a la población víctima a esas rutas. Claro que es importante porque eso los ayuda a recuperarse de los traumas psicológicos que han sufrido en el conflicto.	<i>Lastimosamente Pamplona no ha sido focalizado y el PAPSIVI solamente está interactuando en algunos municipios.</i> <i>Claro que es importante porque eso los ayuda a recuperarse de los traumas psicológicos que han sufrido en el conflicto.</i>	Unidad uno - no existe, pero se realizaron otras actividades y programas (A.1, A.2, A.3) Unidad dos - existió, pero no funcionó, (L.1, L.2, L.3, V.1, V.2, V.3)
A.2	Sí, nosotros lo solicitamos de hecho, pero también entendemos que hay otros municipios con unos problemas victimizantes mayores, que tuvieron más repercusión psicológica que la que tiene Pamplona. Pamplona, gracias a Dios ha sido un receptor y ha sido un sitio en el cual las personas se han sentido seguras y por eso entendemos que no fue priorizado, sin embargo, los trabajos que nosotros trabajamos por ejemplo de vigilancia	<i>Sí, nosotros lo solicitamos de hecho, pero también entendemos que hay otros municipios con unos problemas victimizantes mayores</i> <i>tenemos dos psicólogos dispuestos para eso, aunque</i>	

epidemiológica en todo lo que son hechos de digamos de delitos sexuales, seguimiento a intentos de suicidio, todo lo que es el componente psicológico, tenemos dos psicólogos dispuestos para eso, aunque no son específicos para víctimas en un caso dado han hecho un trabajo de atención psicosocial. Lo que pasa en Pamplona es lo que le digo, no es prioridad porque realmente no se ha visto la necesidad, a nivel de la agencia de reincorporación ellos no han visto la necesidad y por lo tanto entendemos que podemos seguir trabajando transversalmente como lo hemos venido haciendo.

Ellos hacen brigadas, una brigada al año y cuando el caso..., no se nos presentó nunca que fuera urgente, pero los casos que se presentaron se reservaron para esa venida de la unidad de Cúcuta y eran atendidos directamente por los profesionales de la agencia. Ese tipo de cosas que se captaban de necesidades, se captaban era, por ejemplo, chicos de los colegios, que tenían comportamientos y luego al revisar que era una víctima del conflicto, pues entonces los canalizábamos, sabemos que ellos le hacen seguimiento, que ese paciente una vez es conocido no se queda suelto, ellos llevan un seguimiento y por eso tenemos la tranquilidad de que el programa continua con ese paciente hasta que sea..., tenemos esa tranquilidad que es no solamente es el día ese, como el programa tiene unos protocolos sabemos que ese paciente continua seguimiento.

no son específicos para víctimas en un caso dado han hecho un trabajo de atención psicosocial.

agencia de reincorporación ellos no han visto la necesidad

Ellos hacen brigadas, una brigada al año y cuando el caso..., no se nos presentó nunca que fuera urgente, pero los casos que se presentaron se reservaron para esa venida de la unidad de Cúcuta y eran atendidos directamente por los profesionales de la agencia.

A.3 Nosotros pues igual manejamos todo lo que son redes sociales y comunitarias, donde también se busca ayudar a la comunidad en general, y manejamos, pues en este año no se ejecutó, pero hay una estrategia que se llama zoe y zou que son zonas de orientación escolar y universitarias, donde se busca también mitigar las problemáticas de sufrimiento social y lo otro adicional es la estrategia de rehabilitación basada en comunidad en donde precisamente se busca la inclusión de la población, pero no solamente para víctimas sino en general.

redes sociales y comunitarias

estrategia que se llama zoe y zou que son zonas de orientación escolar y universitarias, donde se busca también mitigar las problemáticas de sufrimiento social

Claro, es necesario el programa (PAPSIVI) porque igual se logra primero el trabajo solo con esta población y el mejoramiento de sus condiciones de vida.

la estrategia de rehabilitación basada en comunidad en donde precisamente se busca la inclusión de la población, pero no solamente para víctimas sino en general.

Claro, es necesario el programa (PAPSIVI) porque igual se logra primero el trabajo solo con esta población y el mejoramiento de sus condiciones de vida.

L.1 Por ahí conocí como a tres personas, creo que fue el año pasado sino me equivoco, me dijeron es que nosotros somos de PAPSIVI y vamos a mirar las personas del conflicto armado y yo me pregunté y ¿ustedes como las están mirando? ¿cómo están trabajando ustedes?, yo la verdad todavía no sé cómo trabajan, es que nosotros trabajamos con zutanos y perencejos, no es que eso no es así, de hacer las cosas hacerlas bien, o sea, ellos agarran tres personas, pero como estamos hablando nosotras, nos conocimos hoy y ya mañana no, entonces con las firmas que yo le firmó ahorita usted sigue pasándolas por todos, entonces eso no debería ser así, o sea eso es como para llenar requisitos y ellos decir sí, mire aquí están los que hemos atendidos, aquí están las firmas, pero es para que nos paguen, o sea eso es un requisito para que les paguen lo que se les prometió, creo que ese programa se acabó por eso, porque no estaban haciéndolo bien, sino me equivoco, es que la gente no conoce sus derechos, no las capacitan.

A mí me gustaría que el gobierno nacional, no solamente departamental, ni municipal, mirara que está pasando en

“de hacer las cosas hacerlas bien, o sea, ellos agarran tres personas, pero como estamos hablando nosotras, nos conocimos hoy y ya mañana no, entonces con las firmas que yo le firmó ahorita usted sigue pasándolas por todos, entonces eso no debería ser así, o sea eso es como para llenar requisitos y ellos decir sí, mire aquí están los que hemos atendidos, aquí están las firmas”

A mí me gustaría que el gobierno nacional, no solamente departamental, ni municipal, mirara que está pasando en Pamplona realmente, quienes son los

Pamplona realmente, quienes son los líderes de las víctimas, empezar por eso, empezar por el gobierno nacional que mire realmente si fulana de tal es víctima del conflicto armado, si es desplazada para que no siga utilizando a las víctimas a su antojo, que las víctimas del conflicto armado tengan los mismos derechos, que se vea realmente que las víctimas del conflicto armado si le importa al Estado, lo que le estoy diciendo que el Estado no les dé limosna, que mire cuales son los profesionales que hay del conflicto armado.

Ese programa debe existir porque Pamplona no debe tener más mendigos, ayudar a que esas personas tengan una calidad de vida buena.

líderes de las víctimas, empezar por eso, empezar por el gobierno nacional que mire realmente si fulana de tal es víctima del conflicto armado, si es desplazada para que no siga utilizando a las víctimas a su antojo,

Ese programa debe existir porque Pamplona no debe tener más mendigos, ayudar a que esas personas tengan una calidad de vida buena.

L.2 Bueno, como ya le dije lo anterior acá no están cumpliendo con nada, con las obligaciones para víctimas, ni siquiera la unidad de víctimas que es la directa responsable, si usted averigüé que brigadas ha hecho de recuperación psicológica o de atención humanitaria la unidad de víctimas para Pamplona, va a escuchar que ha sido nula, nula en nueve años que yo tengo de haber sufrido el hecho victimizante, solamente unos pequeños pañitos de agua tibia, pero algo efectivo no, le invito a que se acerque a la unidad de víctimas y le solicite por escrito que actividades psicológicas, de recuperación psicológica o que actividades de atención en salud inmediata para víctimas ha realizado en los últimos años en Pamplona. La ausencia del Estado en ciento por ciento.

acá no están cumpliendo con nada, con las obligaciones para víctimas, ni siquiera la unidad de víctimas que es la directa responsable, si usted averigüé que brigadas ha hecho de recuperación psicológica o de atención humanitaria la unidad de víctimas para Pamplona, va a escuchar que ha sido nula, nula en nueve años que yo tengo de haber sufrido el hecho victimizante, solamente unos pequeños pañitos de agua tibia, pero algo efectivo no

L.3 No digo que nosotros trabajamos es con la universidad y con PAPSIVI que fue el programa que vino. Ellos vinieron aquí vinieron dos veces. Claro, es importante porque hay muchas personas que no tiene para transportarse, no tienen dinero, ni tienen comodidades, mejor que el programa este dentro del

Nosotros trabajamos es con la universidad y con PAPSIVI que fue el programa que vino. Ellos vinieron aquí vinieron dos veces. Claro, es

municipio, que vengan. Aquí se intentó hacerlo, pero no funcionó.

importante porque hay muchas personas que no tiene para transportarse, no tienen dinero, ni tienen comodidades, mejor que el programa este dentro del municipio, que vengan. Aquí se intentó hacerlo, pero no funcionó.

V.1 No la conozco, porque considero y creo que no existe esa atención psicosocial, por eso le decía yo a usted, nosotros no tuvimos..., la mesa ha funcionado año y medio, en ese año y medio nosotros no conocimos un psicólogo, nos mandaron un psicólogo de Bogotá, creo que venía una psicóloga, pero ella venía también a hacer como una práctica, algo muy aparte, ni siquiera brindó la atención como debía ser, la universidad ha colaborado, pero más a la administración en el sentido en que ellos proponen, por ejemplo el grupo de terapia ocupacional, eh, ¿cuál es el otro grupo que ha trabajado?, terapia ocupacional..., bueno sé que son dos grupos, pero también es eso para hacer práctica, nosotros no somos... y perdón el término, no somos un ratón de laboratorio, nosotros necesitamos atención, por eso le decía yo, hay muchos casos donde la persona todavía siente que está siendo perseguida o tiene delirios de persecución como lo llaman los psiquiatras, y yo decía hombre, una persona como esas necesita atención, porque si ya está en ese límite que es entre la cordura y la locura, necesita una persona idónea para que la atienda, pero eso nunca existió en la administración nunca no lo dio.

No la conozco, porque considero y creo que no existe esa atención psicosocial, por eso le decía yo a usted, nosotros no tuvimos..., la mesa ha funcionado año y medio, en ese año y medio nosotros no conocimos un psicólogo, nos mandaron un psicólogo de Bogotá, creo que venía una psicóloga, pero ella venía también a hacer como una práctica, algo muy aparte, ni siquiera brindó la atención como debía ser

Cuando una persona está en ese extremo, casos que yo ayudé a que se le hiciera esa atención, se logró que los mandarían, o sea, los psiquiatras, los únicos psiquiatras que hay son en Cúcuta, en el Rudesindo Soto, allá es donde les dan sus tratamientos, les hacen sus seguimientos, obviamente esa es la otra, si la persona se tiene que trasladar de aquí a

si la persona se tiene que trasladar de aquí a Cúcuta, eso genera un gasto y no existe ese rubro, al no tener esa capacidad de gasto, mucha de la población víctima no la tiene

Cúcuta, eso genera un gasto y no existe ese rubro, al no tener esa capacidad de gasto, mucha de la población víctima no la tiene, ahí es mi punto donde yo le decía que, hombre creen el trabajo, empléelo, porque es que si usted tiene trabajo usted tiene como mantenerse su salud, su comida, su hospedaje, todo lo que usted necesite, usted se lo da, pero entonces qué pasó como ellos no pueden tener para estar baje y baje a Cúcuta que eso es prácticamente, entonces descontinúan el tratamiento, entonces volvemos otra vez pa atrás.

V.2 Yo creo que si sería bueno que se implementara porque aquí Pamplona casi no nos tienen en cuenta no sentimos aislados y a veces como discriminados si porque en muchas poblaciones si implementan otro tipo de programa y aquí nos hacen a un lado.

Yo creo que si sería bueno que se implementara porque aquí Pamplona casi no nos tienen en cuenta no sentimos aislados y a veces como discriminados si porque en muchas poblaciones si implementan otro tipo de programa y aquí nos hacen a un lado.

V.3 No, no, no, no la tengo ni aquí ni en Cúcuta, yo fui a hacer una diligencia en Cúcuta. Hace falta.

No, no, no, no la tengo ni aquí ni en Cúcuta, Hace falta.

ANÁLISIS GENERAL DE LA PREGUNTA UNO

Las respuestas a la pregunta “¿Considera que se debe implementar en Pamplona, el Programa de Atención Psicosocial para las Víctimas del Conflicto Armado PAPSIVI?” se clasificaron en dos unidades:

Unidad uno: no existe, pero se realizaron otras actividades y programas (A.1, A.2, A.3), ejemplos *“lastimosamente Pamplona no ha sido focalizado y el PAPSIVI solamente está interactuando en algunos municipios, claro que es importante porque eso los ayuda a recuperarse de los traumas psicológicos que han sufrido en el conflicto.”*; *“sí, nosotros lo solicitamos de hecho, pero también entendemos que hay otros municipios con unos problemas victimizantes mayores; “tenemos dos psicólogos dispuestos para eso, aunque no son específicos para víctimas en un caso dado han hecho un trabajo de atención psicosocial”*; *“ellos hacen brigadas, una brigada al año y cuando el caso..., no se nos presentó nunca que fuera urgente, pero los casos que se presentaron se reservaron para esa venida de la unidad de Cúcuta y eran atendidos directamente por los profesionales de la agencia”*; redes sociales y comunitarias, estrategia que se llama zoe y zou que son zonas de orientación escolar y universitarias, donde se busca también mitigar las problemáticas de sufrimiento social la estrategia de rehabilitación basada en comunidad en donde precisamente se busca la inclusión de la población, pero no solamente para víctimas sino en general. Claro, es necesario el programa (PAPSIVI) porque igual se logra primero el trabajo solo con esta población y el mejoramiento de sus condiciones de vida”.

Unidad dos: existió, pero no funcionó o nunca existió, (L.1, L.2, L.3, V.1, V.2, V.3), ejemplos: *“de hacer las cosas hacerlas bien, o sea, ellos agarran tres personas, pero como estamos hablando nosotras, nos conocimos hoy y ya mañana no, entonces con las firmas que yo le firmó ahorita usted sigue pasándolas por todos, entonces eso no debería ser así, o sea eso es como para llenar requisitos y ellos decir sí, mire aquí están los que hemos atendidos, aquí están las firmas”, “a mí me gustaría que el gobierno nacional, no solamente departamental, ni municipal, mirara que está pasando en Pamplona realmente, quienes son los líderes de las víctimas, empezar por eso, empezar por el gobierno nacional que mire realmente si fulana de tal es víctima del conflicto armado, si es desplazada para que no siga utilizando a las víctimas a su antojo”, “ese programa debe existir porque Pamplona no debe tener más mendigos, ayudar a que esas personas tengan una calidad de vida buena”, “acá no están cumpliendo con nada, con las obligaciones para víctimas, ni siquiera la unidad de víctimas que es la directa responsable, si usted averigüé que brigadas ha hecho de recuperación psicológica o de atención humanitaria la Unidad de Víctimas para Pamplona, va a escuchar que ha sido nula, nula en nueve años que yo tengo de haber sufrido el hecho victimizante, solamente unos pequeños pañitos de agua tibia, pero algo efectivo no”; “nosotros trabajamos es con la universidad y con PAPSIVI que fue el programa que vino. Ellos vinieron aquí vinieron dos veces. Claro, es importante porque hay muchas personas que no tiene para transportarse, no tienen dinero, ni tienen comodidades, mejor que el programa este dentro del municipio, que vengan. Aquí se intentó hacerlo, pero no funcionó”; “No la conozco, porque considero y creo que no existe esa atención psicosocial, por eso le decía yo a usted, nosotros no tuvimos..., la mesa ha funcionado año y medio, en ese año y medio nosotros no conocimos un psicólogo, nos mandaron un psicólogo de Bogotá, creo que venía una psicóloga, pero ella venía también a hacer como una práctica, algo muy aparte, ni siquiera brindó la atención como debía ser”, “si la persona se tiene que trasladar de aquí a Cúcuta, eso genera un gasto y no existe ese rubro, al no tener esa*

capacidad de gasto, mucha de la población víctima no la tiene”; “yo creo que si sería bueno que se implementara porque aquí Pamplona casi no nos tienen en cuenta no sentimos aislados y a veces como discriminados si porque en muchas poblaciones si implementan otro tipo de programa y aquí nos hacen a un lado; “no, no, no, no la tengo ni aquí ni en Cúcuta. Hace falta”.

Las percepciones de los entrevistados son contrarias. Los administradores explicaron que Pamplona no hace parte de los municipios priorizados por la gobernación de Norte de Santander para tener el PAPSIVI. Sin embargo, mencionaron otras actividades y programas con los que cuenta el municipio para la atención psicosocial a las víctimas de la violencia y población en general, tales como redes de apoyo psicosocial que funcionan para la población pamplonesa, atención de dos psicólogos de la Secretaría de Salud y gestión ante la Unidad de Víctimas de Cúcuta que visitó el municipio en algunas ocasiones y a donde se remitieron algunos casos apremiantes.

A pesar de lo anterior, los líderes de las víctimas tuvieron opiniones negativas acerca del programa. El líder L.1, afirmó que la atención no era la correcta, ya que las personas que vinieron a Pamplona, solo estaban interesadas en acumular firmas para justificar el trabajo, más que brindar una atención real a las víctimas. El líder L.2, dijo que no se había hecho absolutamente nada en nueve años que tiene como víctima, mientras que la líder tres, mencionó que se habían hecho algunas charlas, pero que finalmente el programa no funcionó y no se volvieron a realizar, también mencionó que es mejor que el programa esté en Pamplona ya que muchas víctimas no tienen facilidad de movilizarse hacia a Cúcuta para recibir la atención. Por otra parte, las víctimas también se

mostraron desanimadas respecto al programa que se intentó implementar. La víctima V.1, dijo que había venido una psicóloga de Bogotá, pero que no los atendió como debía ser, sino que parecía una práctica. La víctima V.2 dijo que hacía falta y que sentía que las víctimas de Pamplona eran discriminadas ya que el programa si se había implementado en otros municipios. Mientras la víctima V.3, dijo que no habían contado con esa atención ni en Pamplona, ni en Cúcuta.

Análisis general de la Categoría IV. Programa de Atención Psicosocial para Víctimas del Conflicto Armado (Papsivi)

Las percepciones de los entrevistados son contrarias. Los administradores explicaron que Pamplona no hace parte de los municipios priorizados por la gobernación de Norte de Santander para tener el PAPSIVI. Sin embargo, mencionaron otras actividades y programas con los que cuenta el municipio para la atención psicosocial a las víctimas de la violencia y población en general, tales como redes de apoyo psicosocial que funcionan para la población pamplonesa, atención de dos psicólogos de la Secretaría de Salud y gestión ante la Unidad de Víctimas de Cúcuta que visitó el municipio en algunas ocasiones y a donde se remitieron algunos casos apremiantes.

Ejemplos: *“lastimosamente Pamplona no ha sido focalizado y el PAPSIVI solamente está interactuando en algunos municipios, claro que es importante porque eso los ayuda a recuperarse de los traumas psicológicos que han sufrido en el conflicto.”; “sí, nosotros lo solicitamos de hecho, pero también entendemos que hay otros municipios con unos problemas victimizantes mayores; “tenemos dos psicólogos dispuestos para eso, aunque no son específicos para víctimas en un caso dado han hecho un trabajo de atención psicosocial”; “ellos hacen brigadas, una brigada al año y cuando el caso..., no se nos presentó nunca que fuera urgente, pero los*

casos que se presentaron se reservaron para esa venida de la unidad de Cúcuta y eran atendidos directamente por los profesionales de la agencia”; redes sociales y comunitarias, estrategia que se llama zoe y zou que son zonas de orientación escolar y universitarias, donde se busca también mitigar las problemáticas de sufrimiento social la estrategia de rehabilitación basada en comunidad en donde precisamente se busca la inclusión de la población, pero no solamente para víctimas sino en general. Claro, es necesario el programa (PAPSIVI) porque igual se logra primero el trabajo solo con esta población y el mejoramiento de sus condiciones de vida”.

A pesar de lo anterior, los líderes de las víctimas tuvieron opiniones negativas acerca del programa. El líder L.1, afirmó que la atención no era la correcta, ya que las personas que vinieron a Pamplona, solo estaban interesadas en acumular firmas para justificar el trabajo, más que brindar una atención real a las víctimas, ejemplo, *“de hacer las cosas hacerlas bien, o sea, ellos agarran tres personas, pero como estamos hablando nosotras, nos conocimos hoy y ya mañana no, entonces con las firmas que yo le firmó ahorita usted sigue pasándolas por todos, entonces eso no debería ser así, o sea eso es como para llenar requisitos y ellos decir sí, mire aquí están los que hemos atendidos, aquí están las firmas”.*

El líder L.2, dijo que no se había hecho absolutamente nada en nueve años que tiene como víctima, *“acá no están cumpliendo con nada, con las obligaciones para víctimas, ni siquiera la unidad de víctimas que es la directa responsable, si usted averigüé que brigadas ha hecho de recuperación psicológica o de atención humanitaria la unidad de víctimas para Pamplona, va a escuchar que ha sido nula”,* mientras que la líder tres, mencionó que se habían hecho algunas charlas, pero que finalmente el programa no funcionó y no se volvieron a realizar, también mencionó que es mejor que el programa esté en Pamplona ya que muchas víctimas no tienen facilidad de movilizarse hacía a Cúcuta para recibir la atención, *“nosotros trabajamos es con la universidad y con PAPSIVI que fue el programa que vino. Ellos vinieron aquí vinieron dos veces. Claro, es importante porque hay muchas personas que no tiene para transportarse,*

no tienen dinero, ni tienen comodidades, mejor que el programa este dentro del municipio, que vengan. Aquí se intentó hacerlo, pero no funcionó”.

Por otra parte, las víctimas también se mostraron desanimadas respecto al programa que se intentó implementar, “. La víctima V.1, dijo que había venido una psicóloga de Bogotá, pero que no los atendió como debía ser, sino que parecía una práctica, *“No la conozco, porque considero y creo que no existe esa atención psicosocial, por eso le decía yo a usted, nosotros no tuvimos..., la mesa ha funcionado año y medio, en ese año y medio nosotros no conocimos un psicólogo, nos mandaron un psicólogo de Bogotá, creo que venía una psicóloga, pero ella venía también a hacer como una práctica, algo muy aparte, ni siquiera brindó la atención como debía ser”*. La víctima V.2 dijo que hacía falta y que sentía que las víctimas de Pamplona eran discriminadas ya que el programa si se había implementado en otros municipios, *“yo creo que si sería bueno que se implementara porque aquí Pamplona casi no nos tienen en cuenta no sentimos aislados y a veces como discriminados si porque en muchas poblaciones si implementan otro tipo de programa y aquí nos hacen a un lado*. Mientras las víctimas V.3, dijo que no habían contado con esa atención ni en Pamplona, ni en Cúcuta, *“no, no, no la tengo ni aquí ni en Cúcuta. Hace falta”*.

En los anteriores párrafos se puede apreciar que pese a que el programa no funcionó en Pamplona y se realizaron algunas actividades para tratar de atender la necesidad, tanto líderes como víctimas manifiestan que no fue suficiente y hablan de la necesidad de crear un programa realmente focalizado en las víctimas que funcione en Pamplona y sea integral.

Análisis de documentos oficiales: Inclusión del Plan Decenal de Salud Pública en el Plan de Desarrollo Municipal

El Plan de Desarrollo Municipal 2016 – 2019, el Plan de Acción Territorial, el Componente Operativo Anual de Inversiones (COAI) y el Plan de Acción en Salud (PAS) son coherentes con la información que dieron los administradores públicos en las entrevistas. Estos comprueban que las acciones manifestadas se desarrollaron durante los tres años de gobierno, junto con otras que no fueron registradas en las grabaciones. Sin embargo, dichos documentos muestran la inversión anual en los programas y ofrecen información sobre la implementación de la política que es el centro de la presente investigación.

Respecto al primer objetivo de “identificar las formas de inclusión de las estrategias de atención de las víctimas del conflicto armado interno en el Plan de Desarrollo Municipal de Pamplona” se encontró que efectivamente se ejecutaron algunas estrategias y acciones en cada una de las dimensiones para toda la población pamplonesa, priorizando especialmente a la población de las zonas rurales y periféricas del municipio. Otras se concentraron principalmente en los colegios, con los presidentes de las Juntas de Acción Comunal de los barrios y usuarios del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

Efectivamente, como también afirmaron las víctimas en las entrevistas, los documentos muestran que algunas acciones se concentraron en eventos como jornadas de salud, algunas durante las celebraciones mundiales de la salud (día de VIH, día de la prevención de la diabetes, día de la prevención del cáncer...); programas de salud, un programa de televisión, conformación de

redes sociales y comunitarias, mesas transectoriales, comités, veedurías y campañas, capacitaciones, cursos, y asesorías. No se encontraron otros mecanismos diferentes o informales a parte de los mencionados en las entrevistas.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN TEÓRICA DESDE LA PERSPECTIVAS DEL DESARROLLO HUMANO

La implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 en Pamplona, como se evidencia en la presente investigación, no ha cumplido completamente con el principal objetivo del desarrollo de crear un ambiente propicio para que, en este caso puntual, las víctimas del conflicto, disfruten de una vida prolongada, saludable y creativa o puedan adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente (Bedoya, 2010) .

Por el contrario, las víctimas y líderes manifestaron en la mayoría de las respuestas disconformidad respecto a las acciones y la manera en qué se ejecutaron las políticas públicas, las cuales, desde su perspectiva, no estaban relacionadas, ni con sus necesidades, ni con sus intereses. Además, consideran que los funcionarios públicos no los tomaron en cuenta en las decisiones y que muchas de las acciones que se ejecutaron carecían un enfoque diferencial.

Respecto al primer objetivo de identificar las formas de inclusión de las estrategias de atención de las víctimas del conflicto armado interno en el Plan de Desarrollo Municipal de Pamplona se identificaron las siguientes: el aseguramiento, jornadas de salud, capacitaciones, programa de televisión, priorización de servicios, conformación de redes sociales y comunitarias, mesas transectoriales, comités, veedurías, programas de salud, campañas, asesorías y cursos.

Aseguramiento

A pesar de que la totalidad de personas afectadas por la violencia que residen en el municipio cuentan con aseguramiento al sistema general de Seguridad Social, primer paso para acceder a todos los servicios, ellas perciben que aún existen barreras, tales como la carencia de servicios especializados en Pamplona, de recursos para trasladarse a Cúcuta; las demoras en la entrega de medicamentos y citas. También perciben que los equipos del hospital están obsoletos y que la infraestructura es insuficiente. Esto último es incluso corroborado por uno de los administradores de la política pública.

El aseguramiento, según la teoría del Desarrollo a Escala Humana de Manfred MacNeef es un satisfactor sinérgico, porque permite la satisfacción de una necesidad determinada (salud) y contribuye a la satisfacción de otras (subsistencia, participación, ocio, libertad, protección...). Sin aseguramiento las personas no podrían acceder a los servicios del Sistema General de Salud tales como, por ejemplo, la atención primaria, los programas de promoción de salud de la salud y prevención de la enfermedad, medicamentos, citas con especialistas, hospitalización, cirugías, tratamientos, entre otros. No obstante, los resultados del estudio muestran que contar con el aseguramiento tampoco es garantía de que la salud sea una necesidad satisfecha.

Desde la perspectiva de Amartya Sen barreras como no tener transporte para recibir la atención en salud, la escasez de médicos o las demoras en las entregas de medicamentos, se consideran impedimentos de la libertad fundamental de la salud y por tanto para el desarrollo humano.

Por otra parte, desde la perspectiva de Martha Nussbaum, el aseguramiento universal en salud puede ser visto como una política que crea capacidades combinadas que contribuyen a la creación de las capacidades centrales de la salud corporal y la vida. No obstante, se debe tener

en cuenta que el sistema colombiano de seguridad social tiene deficiencias que hacen ambiguo este punto.

Jornadas, programas (priorización de los programas) y campañas de salud, programa de televisión y difusión en medios.

Las jornadas, programas y campañas de salud y el programa de televisión pueden considerarse como satisfactores sinérgicos porque aportan a la satisfacción de la necesidad a través de la promoción y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, para las víctimas y los líderes entrevistados las jornadas son insuficientes para la cantidad de personas que requieren de sus servicios. Respecto a las campañas, el programa de televisión y difusión en medios, no hubo mayores percepciones de parte de los beneficiarios, solamente uno de los líderes manifestó que algunas víctimas no contaban con medios digitales o capacitación para acceder a la información.

La priorización en los programas también puede ser considerada un satisfactor sinérgico, porque permitió no sólo satisfacer algunas necesidades de alimentación escolar, rehabilitación, participación y reconocimiento de derechos.

Desde el punto de vista de Nussbaum pueden considerarse como capacidades combinadas, pues para las personas es una oportunidad de informarse sobre su salud y posteriormente de manera libre puedan elegir como actuar frente al cuidado de la misma.

Capacitaciones, cursos, asesorías

Las capacitaciones, cursos, asesorías para las víctimas y sus líderes tienen una doble connotación en tanto pueden ser vistas como satisfactores singulares o pseudo satisfactores.

Como singulares porque satisfacen una sola necesidad específica como lo asumen los administradores públicos. Aunque la percepción más común de acuerdo a las víctimas entrevistadas y sus líderes, es de pseudo satisfactores, dado que son escasas y son vistas como un mecanismo de manipulación por parte de las entidades pública como se evidencia en algunas respuestas en las que víctimas o líderes consideraron que solo los llamaban para “firmar”

Además, algunas fueron criticadas por que no coinciden con las necesidades e intereses de las víctimas entrevistadas, quienes demandan información y conocimiento de calidad que les permita reconocer e identificar sus derechos.

Priorización de los servicios

Aunque los administradores públicos manifestaron que se priorizaba la atención para las víctimas del conflicto armado, no existe ninguna evidencia documental sobre este punto y los líderes y víctimas manifestaron que la atención hacia ellos no era prioritaria, ni diferencial.

Conformación de redes sociales y comunitarias, mesas transectoriales, comités, veedurías:

En teoría estos grupos y asociaciones deberían satisfacer la necesidad de participación, pero las percepciones de las víctimas entrevistadas mostraron que se sentían excluidas y no tomadas en cuenta en las decisiones. Aunque uno de los líderes afirmó ser veedora en salud, las entidades gubernamentales afirmaron lo contrario. Tampoco existe documentación que permita comprobar que el comité de vigilancia epidemiológica tiene cifras sobre las enfermedades de las víctimas.

Las anteriores razones hacen que estas redes, mesas y comités pasen a convertirse en satisfactores destructores, pues impiden la satisfacción de la necesidad de participación, y por ende, al no poder participar, las víctimas no pueden satisfacer otras necesidades.

Otras formas de inclusión de la política pública

Las formas de inclusión como la entrega de Atención o Asistencia Humanitaria el Apoyo psicológico y social para el restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas y la caracterización de la población se analizarán en relación con los demás objetivos específicos de la investigación.

Análisis teórico respecto al segundo objetivo de conocer las percepciones de la población víctima del conflicto armado en cuanto a la accesibilidad y dificultades para hacer parte de los programas y servicios del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021).

A la luz de las teorías las percepciones de la población víctima podrían considerarse como negativas, puesto que se evidencian satisfactores destructores y pseudosatisfactores que impidieron que las víctimas del conflicto armado se beneficiaran de los programas y servicios del Plan Decenal de Salud Pública. Incluso algunos satisfactores que eran potencialmente sinérgicos, resultaron convirtiéndose en un obstáculo para la libertad de las personas.

Asistencia humanitaria

La asistencia humanitaria “se refiere a ayuda material y logística provista por razones humanitarias. Incluye la provisión de los bienes y servicios básicos como abrigo, agua potable, alimentación y atención sanitaria para garantizar la supervivencia de los afectados”. Esta definición coincide con la de “bienes” de Max Neef que “son en sentido estricto el medio por el cual el sujeto potencia los satisfactores para vivir sus necesidades”, es decir la asistencia humanitaria son un conjunto de bienes que pretendían satisfacer unas necesidades específicas para aquellas personas desplazadas que llegaban a municipio en un tiempo determinado.

Los representantes y población afectada afirmaron en las entrevistas que en ocasiones la ayuda no era entregada porque habían demoras en la verificación de la calidad de víctima de hasta tres meses como lo estipula la ley. También se refirieron al incumplimiento de las características que debía tener esta asistencia en relación al tipo de enseres, alimentos, dinero

y tiempo estipulado por la norma para la manutención de los desplazados que llegaban al municipio. Esta situación derivó en que la función de “bien” no potenciara ningún satisfactor y no se satisficiera ninguna necesidad, por ende, se puede decir que la no entrega de una asistencia humanitaria es un satisfactor destructor o pseudo satisfactor desde el punto de vista de las víctimas.

Para Amartya Sen un “bien” contribuye al desarrollo siempre y cuando permita a las personas tener una habilidad en el sentido de ser capaces de funcionar, de ser libres, ya que en sí mismos “ni los bienes primarios, ni los recursos definidos pueden reflejar las capacidades reales que disfruta una persona”. En este contexto la asistencia humanitaria que se entregó según la posición de los líderes de las víctimas es que no sirvió para que las personas fueran capaces de funcionar.

Por otra parte, para Martha Nussbaum las formas de uso de los bienes sociales primarios comprometen la responsabilidad del Estado, el cual debe hacer una distribución que posibilite la creación de capacidades combinadas.

Incorporación del enfoque psicosocial

La no incorporación del enfoque psicosocial tanto en la asistencia social como en el acceso a la salud fue un satisfactor destructor en tanto que líderes y víctimas manifestaron que falta atención psicológica y de salud para ellas, además algunos manifestaron la no superación de las condiciones de pobreza y la necesidad de inclusión laboral.

Con el fin de satisfacer estas necesidades, la administración municipal desarrolló un plan para financiar proyectos productivos mediante, el cual se apoyaban emprendimientos de las víctimas a través de la compra de insumos, esto con el fin de contribuir a la independencia de la población, pero hechos de corrupción terminaron por destruir la confianza entre el gobierno y las víctimas, pues señalaban que el alcalde habría incurrido en el delito de peculado por apropiación por una serie de irregularidades encontradas en la contratación (Prieto & León, 2017), (El Tiempo, 2017). Estas circunstancias agudizaron todavía más la desconfianza e incrementaron la falta de comunicación entre los entes gubernamentales y los líderes, imposibilitando aún más la participación de las víctimas en espacios públicos.

Por otra parte, y a pesar de que el proyecto de emprendimiento se llevara a cabo, a la luz del concepto de “enfoque psicosocial”, la administración municipal no planteó ninguna estrategia que contribuyera a mejorar las condiciones de las víctimas en relación al acceso a la educación, a una salud integral, a una vivienda digna o al trabajo, las cuales hacen parte de una atención integral dirigida a la superación de los hechos victimizantes, que va más allá de la mera atención psicológica. Tampoco hubo un proceso de resignificación de los hechos, ni de reconocimiento de los impactos psicosociales ya sea de manera individual o colectiva.

Incorporación del enfoque diferencial

La no incorporación de un enfoque diferencial fue percibida por las víctimas como un factor negativo para su desarrollo en tanto que refuerza en ellos sentimientos de exclusión y refuerza la percepción de que el gobierno no se preocupa por ellos, sino que solo se dedican a cumplir con lo establecido en sus planes y la ley.

Sin embargo, el Plan de Acción Territorial expone cifras que muestran que una parte de las víctimas participaron de programas con enfoque diferencial tales como el programa de adulto mayor, el de Rehabilitación Basada en Comunidad y el programa de Alimentación Escolar (PAE) y para niños y adolescentes.

Análisis teórico respecto al tercer objetivo de “describir la gestión institucional para la obtención y distribución de recursos dirigidos a la atención de la población víctima incluida en el estudio para dar cumplimiento a las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública”.

Los recursos determinados por las instituciones, la infraestructura, la tecnología y la inversión económica en este contexto pueden ser considerados “bienes económicos” en tanto cumplen con la función de “incrementar o mermar la eficiencia de un satisfactor”. Respecto a lo anterior, al igual que en otras categorías las respuestas entre los administradores y las víctimas fueron opuestas, así que para dos de los administradores los recursos que posee el municipio en cuanto a infraestructura y tecnología son “bienes económicos” que aumentan la eficiencia del satisfactor de atención en salud, para las víctimas y líderes estos bienes no satisfacen por completo sus necesidades.

Instituciones que responden a las demandas de las víctimas

Pamplona cuenta con un hospital de primer y segundo nivel y puestos de salud que garantizan el acceso a los servicios con los que cuenta, sin embargo, quienes requieran atención

especializada aún tendrían que trasladarse a Cúcuta para recibirla, así que, aunque puede ser un satisfactor sinérgico, no lo es tanto si se tiene en cuenta que deja por fuera de su alcance a una cantidad indeterminada de personas.

También hay otras entidades que son reconocidas por uno de los administradores como promotoras de salud tales como la Dirección Local de Salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, los colegios y cajas de compensación familiar, pero desde la perspectiva de las víctimas no hay entidades específicas para su atención, ni acompañamiento o prioridad. Para ellos el hospital no es suficiente, por lo que estos bienes no aumentan la satisfacción de sus necesidades.

Líderes, víctimas y uno de los administradores de la política pública estuvieron de acuerdo con que la infraestructura en salud y demás oficinas para la atención de víctimas es insuficiente y por lo tanto no cumple una función de “bien económico” para potenciar el satisfactor de “acceso a la salud”. Este enfoque se aplica también desde la mirada de Amartya Sen, ya que para él un *bien* debe contribuir la libertad de hacer, ser y decidir de una persona, mientras que para Martha Nussbaum estos bienes deben ser distribuido por el Estado de manera equitativa.

Al igual que en las otras categorías se evidencia la percepción de las víctimas de que el gobierno no está invirtiendo en políticas públicas que permitan el desarrollo de sus capacidades humanas e incluso uno de los administradores también manifestó que las instituciones para la atención en salud no cubren la demanda del municipio.

Dentro de esta categoría encontramos algunos satisfactores sinérgicos, así como pseudo satisfactores y satisfactores destructores. Por ejemplo, la falta de inversión en infraestructura, tecnología y transporte serían satisfactores destructores pues menoscaban la posibilidad de las personas de tener acceso a la salud en el municipio en el que habitan.

En el caso de la tecnología se evidencian fallos en el sistema de base de datos que ayuda a identificar a las víctimas del conflicto, esto ha generado que algunas no hayan podido recibir atención de emergencia en el hospital del municipio. Esta situación también fue confirmada por uno de los administradores públicos entrevistados.

Hay un satisfactor sinérgico que es la variedad de profesionales en distintas áreas que prestan servicio enfocado a la población víctima tales como el personero, el enlace municipal y la secretarías de la alcaldía, ya que son quienes ayudan a gestionar la salud para las víctimas; respecto al personal de salud aunque se cuenta con profesionales, según líderes y víctimas en sus respuestas no entregan una atención diferencial respecto al resto de la población, aunque algunos entrevistados reconocen sus conocimientos clínicos.

El desconocimiento de la procedencia de los recursos puede denotar además de la falta de participación de las víctimas, en una escasa demostración de transparencia por parte del ente municipal, que una vez más hace mella en la fractura de la confianza entre los líderes y el gobierno, lo que se puede considerar como un satisfactor destructor.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN GENERAL

La discusión se realizó con otras investigaciones relacionadas con las categorías derivadas de las estrategias consignadas en el Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021).

Formas de inclusión de la política pública en el territorio

Respecto a otras investigaciones se evidenciaron algunos mecanismos comunes de inclusión de las políticas nacionales en las estrategias territoriales como son el aseguramiento, la conformación de las redes sociales, comunitarias, mesas transectoriales, comités y veedurías de salud, los programas de salud y en el caso colombiano la entrega de la asistencia humanitaria para las víctimas. Aunque indirectamente también se refirieron al fortalecimiento de herramientas de ejecución de las políticas como las capacitaciones y la priorización de los servicios.

Una de las formas de inclusión de la política pública más implementadas en el municipio de Pamplona fue el aseguramiento. El informe del Plan de Acción Territorial registró a 1.951 víctimas con acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que de acuerdo a los administradores públicos entrevistados corresponden al total de las víctimas identificadas como tal en el registro Único de Víctimas, (RUV).

El aumento en el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), coincide con el panorama nacional mostrado en la evaluación del Programa de Apoyo Psicosocial para Víctimas del Conflicto Armado (Papsivi) (Ministerio de Salud Colombia, 2020), realizada a inicios 2019, la cual reveló que en el ámbito nacional aumentó entre 2013 y 2018. Además, el

estudio evidenció que la mayoría de los asegurados también accedía a la atención psicosocial, respecto con aquellos que no lo estaban. Los resultados son positivos, teniendo en cuenta las necesidades de las víctimas en salud mental, aunque las cifras continúan siendo levemente menores al aseguramiento de la población general.

Un estudio realizado en Burundi, Indonesia, Nepal, Sri Lanka y Sudan también mostró que el aseguramiento de los niños víctimas del conflicto fue un factor fundamental para que ellos pudieran acceder a los servicios y programas en salud mental ofrecidos por sus gobiernos y agencias internacionales para la superación emocional de las heridas de la violencia armada (Jordans et al., 2013).

En conclusión, se puede decir que el aseguramiento ayuda a las víctimas del conflicto a tener un primer acceso a algunos servicios de salud, sin embargo, no constituye el cumplimiento de este derecho debido a múltiples barreras que se explicarán más adelante tales como la falta de infraestructura, transporte y personal especializado.

De igual manera, la conformación de redes sociales, comunitarias, mesas transectoriales, comités y veedurías de salud fue otro mecanismo del Plan Decenal de Salud utilizado en Pamplona, que puede compararse con los resultados un estudio realizado en el Cauca. En ambos la percepción de las víctimas fue bastante parecida, pues consideraron que se “vieron afectados por un exceso de discusión, formalismos, ausencias, retrasos de los funcionarios públicos” (Tose Vergara & Ortiz Ruiz, 2019), además de burocracia, ineficiencia y desconfianza generalizada hacia el Estado.

Se evidenció que los líderes de las víctimas no se sintieron representados por el gobierno, además de sentirse excluidas de la toma de sus propias decisiones, esto a la larga tiene incidencia en la no implementación de estrategias efectivas de políticas públicas o en que lo

formulado no tenga ninguna relación con las necesidades de las personas a quienes se pretendía satisfacer.

Esto también se evidencia en un análisis de la política de víctimas realizado en el municipio de Facatativá, Colombia, el cual muestra una falta de organización de los Comités Territoriales de Justicia Transicional y de información acerca de las mismas, con el agravante de que los informes no mostraban la realidad de lo que realmente se ejecutaba de la política.

Esto se reduce a que muchas acciones planteadas se desarrollaron en los espacios institucionales con el fin de cumplir legalmente, pero sin manifestar un interés real por escuchar a los representantes de las víctimas, lo que conllevó a que las víctimas no fueran beneficiadas y que la calidad en la implementación de la política se afectara no sólo en este punto sino en su totalidad.

Es así que se precisa de una participación más democrática, así como abrir las puertas a otros escenarios de discusión organizados que se alejen de la lógica autoritaria de los esquemas de gestión que de “arriba hacia abajo”, en los cuales se perciben a las víctimas como meros sujetos pasivos y alejados de su propio desarrollo. Asimismo, en las entrevistas dos de los líderes dejaron entrever que percibieron las estrategias implementadas como un requisito para cumplir y aclararon que en realidad ellos no buscan “limosnas”, ni “ayudas”, sino capacitación y trabajo.

Desafortunadamente a diferencia del Cauca en Pamplona los líderes no lograron llegar a ningún acuerdo con la administración y fueron muy pocos los espacios informales que se llegaron a concretar en beneficio de las víctimas de la violencia. Aunque contaron con el apoyo de algunas Organizaciones No Gubernamentales en cuanto a capacitaciones, estas no intervinieron de manera directa en proyectos o planes como sí ocurrió en el Cauca, en donde la sociedad civil parece estar más organizada.

Otra de las similitudes en los resultados entre los dos estudios radica en la percepción de que las políticas “quedan reducidas a documentos escritos sin actuaciones directas sobre la población”, que en el caso de Pamplona se muestran en algunas respuestas como la siguiente: *“se realizan cuatro consejos, cuatro encuentros de justicia transicional al año y a las víctimas solamente las invitan solamente para que aparezcan allá como firmantes”*.

En Pamplona, además se evidenció que las veedurías existentes no fueron tomadas en cuenta por el gobierno. Incluso los administradores locales afirmaron en las entrevistas que no existían. Tampoco hubo un representante de las víctimas que hiciera parte del comité de vigilancia epidemiológica, ni de participación comunitaria como lo sugiere el Plan Decenal de Salud. Las víctimas manifestaron al respecto *“en este caso a los veedores no nos tienen en cuenta”, “nosotros no tenemos nada de eso mamá, nada, nada, nada, no mami eso, o sea, a nosotros ahí sí como yo a veces les digo, cuando alguien hace las cosas mal, les digo yo “usted cierra la puerta y de paso la tranca”, eso fue lo que pasó, con el municipio no se pudo trabajar”, “hasta la fecha no se había tenido en cuenta como es el comité de justicia transicional, ni la mesa municipal de víctimas”*. Ante estas afirmaciones, los administradores se defendieron manifestando que no hubo interés de los representantes de víctimas en participar de estos mecanismos.

Sin embargo, en el estudio del Cauca se evidencia que, aunque las víctimas no tenían suficiente participación en los espacios institucionales, en cambio sí contaban con otros informales y con el apoyo de Organizaciones No Gubernamentales que demostraron ser más efectivos y eficientes en relación con sus intereses. Por el contrario, en Pamplona el único espacio informal lo ofrece la universidad a través de procesos de práctica con los estudiantes, pero no constituye un programa institucionalizado, ni sostenible en el tiempo.

Otros mecanismos comunes aplicados en Pamplona fueron los programas de salud ofrecidos por instituciones y la entrega de la asistencia humanitaria que serán discutidos con profundidad más adelante en los apartados de “acceso y barreras a la salud” y “descripción de la gestión pública”.

Acceso y barreras al sistema de salud y asistencia humanitaria

A pesar de que las víctimas entrevistadas cuentan con aseguramiento en salud, ellas manifestaron que existen más barreras que acceso a los servicios y a la asistencia humanitaria. Estas percepciones coinciden con las del estudio realizado por (Cardona et al., 2016) en el cual se concluye que no existe equidad en el acceso a la salud para las víctimas por su condición socioeconómica y falta de inclusión en los programas que ofrecen las instituciones. También asegura que “el desplazamiento forzado es un fenómeno que perjudica la calidad de la salud creando condiciones de desigualdad al momento de acceder a los servicios médicos y clínicos”, por tanto, es necesario tener en cuenta la información recolectada para mejorar la calidad, los insumos y rapidez de los servicios.

Incluso en el municipio de San Vicente del Caguan en Caquetá, uno de los más vulnerados por la violencia política se encontró que sólo el 23 % de las víctimas recibió asistencia psicosocial en 2018, una cifra muy baja para la cantidad de personas que requerían una atención de este tipo, especialmente en este territorio que fue afectado por los diferentes grupos armados.

Otras situaciones que destaca el artículo también son coherentes con los hallazgos del presente trabajo y se pueden resumir de la siguiente manera:

- **Desconocimiento de la normatividad:** tanto administradores públicos como líderes y víctimas entrevistados coincidieron en que las víctimas desconocen sus derechos, condición que les impiden exigirlos.
- **Cobertura insuficiente:** uno de los administradores manifestó que existe más demanda de servicios de salud que oferta en el municipio, el cual cuenta con un hospital de segundo nivel y escasas Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que en palabras textuales define como “consultorios pequeños”. Sobre esto, líderes y víctimas dijeron que muchos servicios eran ofrecidos en Cúcuta y que algunos no tenían suficientes recursos para trasladarse hacia esa ciudad. Uno de los líderes y una de las víctimas incluso afirmaron que había predilección en la atención a venezolanos y esto empeoró la situación de cobertura en el municipio.
- **Escasos canales de atención:** las víctimas manifestaron que se apoyaban en las labores de la personería y la secretaría de gobierno, pero que no siempre recibían asesoría e información sobre sus derechos y deberes.
- **Poca voluntad política:** hubo pocos espacios para la discusión de las estrategias y algunas decisiones fueron tomadas por la administración municipal con escasa participación de las víctimas, debido a situaciones de desorganización, retrasos e inasistencias a las reuniones programadas que denotaban falta de interés de parte de los entes gubernamentales.
- **Trámites excesivos:** una de las quejas de las víctimas durante la investigación fue la demora en la verificación de la calidad de víctima, la cual depende de un sistema

informático que a menudo presenta fallas y retrasos en su actualización. La información fue corroborada por uno de los administrativos que manifestó que dicho sistema dependía del orden nacional y departamental y por razones de seguridad muy pocas personas en el municipio tenían acceso al mismo.

- **Falta de enfoque diferencial y psicosocial:** la falta de verificación, de una base de datos sólida y de conocimiento de las condiciones diferenciales de las víctimas dificultaron la incorporación de un enfoque diferencial tanto en la entrega de la asistencia humanitaria como en la prestación de los servicios de salud. Las víctimas y sus líderes afirmaron que ellos reciben una atención en salud igual a la de cualquier persona pasando por alto sus necesidades especiales en relación con la recuperación psicológica e inclusión social y laboral. Algunos consideran que al personal de salud le hace falta empatía y capacitación. Sin embargo, respecto a este punto se evidenció que algunas víctimas se vincularon a los programas de discapacidad, adulto mayor y al Programa de Alimentación Escolar, PAE ofrecidos por la Alcaldía.
- **No hay programas permanentes psicoterapéutico o espiritual:** aunque la implementación del programa de Atención Psicosocial y Salud Integral, Papsivi estaba contemplada dentro del Plan de Desarrollo Municipal no fue posible debido a que el municipio no fue priorizado por el ente gubernamental. La alcaldía ofreció otros programas, pero no fueron permanentes y en ocasiones se reducían a capacitaciones sin seguimiento.
- **Tutela:** algunas víctimas manifestaron que algunos servicios de salud debieron solicitarlos por medio de tutela para que les fuera entregados, lo que para ellas es un desgaste de tiempo y esfuerzos.

- **Corrupción:** durante el período de gobierno se presentó un caso de presunta corrupción por parte del alcalde del municipio, quien se habría quedado con parte de los recursos que les asignaron a las víctimas para la compra de los insumos de sus proyectos de emprendimiento. Aunque los insumos fueron entregados, algunas personas dijeron que eran de segunda mano y su costo era menor al que aparecía en el contrato. El alcalde fue detenido. Este hecho acabó por completo con la confianza que se tenía en dicha administración del municipio.

Los resultados coinciden con lo encontrado en San Vicente del Caguan, donde también se evidenciaron algunas de las anteriores características como el desconocimiento de la norma y la escasez de canales de atención.

En Perú se encontraron además otros hallazgos similares como la falta de articulación intersectorial para la atención de las víctimas del conflicto armado interno, la deficiente atención en salud a las víctimas de la violencia, el desconocimiento del personal administrativo respecto a las disposiciones vigentes en materia de atención a víctimas de la violencia, la limitada oferta de servicios de salud mental, la escasa voluntad política y la carencia de una política nacional (Claudia Mariela Alvarez Blas & Chein, 2020).

En Chile también se mostró que las víctimas de la violencia durante la dictadura de Augusto Pinochet que había escasez de psiquiatras y no todos los profesionales involucrados en el programa PRAIS estaban capacitados para trabajar con víctimas de violaciones de derechos humanos. También consideraron que no conocían los servicios que el PRAIS ofrecía y que este no era continuo como debería (Carreño et al., 2020).

Entre otros resultados del presente estudio se encontró que la percepción de víctimas y líderes entrevistados respecto a la entrega humanitaria es contraria lo expresado por el funcionario público encargado. Algunos dijeron que los mercados que hacen parte de la asistencia no se

entregan por tres meses como corresponde, también aseguraron que son poco balanceados y que tampoco dan el subsidio de arriendo por un monto suficiente. Otros dijeron que no se entregaba por falta de presupuesto del municipio o por qué pasó el tiempo de declarar. Solamente una de las víctimas dijo que por ser víctimas cree que es fácil acceder a las ayudas.

En relación con el acceso a los servicios del sistema de salud, como es constante en Colombia (Capella, 2020) hay quejas por las demoras en la autorización de las citas con especialistas, entrega de medicamentos y falta de servicios hospitalarios en el municipio. Un líder, una víctima y uno de los administradores de la política afirmaron que algunos se prestan en Cúcuta y a veces conseguir el dinero para el transporte hacia la ciudad.

De manera similar al enfoque diferencial, líderes y víctimas consideran que no existió un enfoque psicosocial y que las únicas estrategias dirigidas hacia este fin eran las realizadas por practicantes de la Universidad de Pamplona.

Gestión pública

En relación a la gestión se denota que es jerárquica, vertical y centralizada, ya que las entrevistas y documentos evidencian que hubo poca participación de las víctimas y los mecanismos para la toma de decisiones como los comités y las mesas de participación contaron con críticas por los retrasos, burocracia y falta de inclusión.

Estos resultados son similares a los encontrados en un estudio realizado en México en el que se muestra que los usuarios no cuentan con ningún recurso de poder. En la misma investigación se habla de que existe una legislación, pero que no garantiza la implementación y

calidad de los servicios, lo que demostraba una “gobernanza débil y centralizada, no inclusiva, ni sistemática (Díaz-castro et al., 2017).

Asimismo, los gobernantes no mostraron un verdadero compromiso con las personas, sino por alcanzar objetivos, situación similar que se presentó en Chile (Aravenal & Inostroza, 2015) que muestra que los gobiernos están más interesados en mostrar cifras que en resolver necesidades.

Este también menciona un enfoque de gestión pública de arriba – abajo con poca participación de los beneficiarios de la política y sus implementadores mostrando otras similitudes con el presente estudio como la escasez de espacios de encuentro, falta de seguimiento, y retroalimentación, desconocimiento del contexto de los usuarios, deficientes canales de comunicación e incertidumbre.

Por el contrario, un estudio de Perú (Rivadeneira Santa María, 2020) mostró que elementos de la política deben incluirse en los planes locales. En Pamplona se evidencia que estrategias del plan decenal de salud, si fueron incluidas en el plan de desarrollo municipal a través de un modelo top – down. La investigación, además de lo anterior considera el modelo bottom up para incorporar necesidades territoriales en los planes mayores lo cual no se realizó en Pamplona y por tanto no se logró garantizar la implementación del plan sobre todo teniendo en cuenta que la ejecución se desarrolla de abajo hacia arriba.

Otras coincidencias muestran que la implementación de la política se dificulta por la poca difusión de lo alcanzado y lo que se quiere alcanzar, la falta de capacitación y de espacios de discusión, tal y como lo expusieron representantes de víctimas y víctimas en las entrevistas, quienes manifestaron desconocer las estrategias del Plan Decenal de Salud y las acciones de la alcaldía municipal en esa área.

Otros estudios como el realizado en Amazonas también muestran la escasa participación de la población en sus políticas de salud. En este departamento los gobernantes no plantearon un análisis contextual que respondiera a las verdaderas necesidades y particularidades de la comunidad y dejaron de lado sus saberes ancestrales, se impuso la medicina tradicional occidental y tratamientos que no eran adheridos por falta de información o ir en contra de sus costumbres (Preciado Ochoa, 2019).

Tanto en los municipios de Amazonas como en Pamplona, los planes de desarrollo, aunque reseñan un diagnóstico compartido y una formulación en la que participaron diversas comunidades, no evidenciaron enfoque diferencial, ni política multicultural que coincidiera con los planes departamentales y nacionales.

Por los anteriores motivos es necesario que las políticas públicas se evalúen con la participación de sus actores o beneficiarios con el fin de que sean coherentes y eficaces. Sin embargo, precisamente la falta de participación fue uno de los factores para que algunas de las políticas evaluadas no cumplieran los fines para los cuales fueron establecidas

De la misma manera, (Olivares-Aising & Barrera, 2019) evidencian que los profesionales que implementan la política no participan por la escasez de espacios de encuentro, además no existe retroalimentación desde el sistema central y escasa posibilidad de sistematización, seguimiento evaluación de los usuarios imposibilitando la posibilidad de aplicar programas integrales. Rivadeneira Santa María, (2020) también llega a la conclusión que los usuarios deben tener un espacio de discusión, además de ser sensibilizado y capacitado sobre las políticas que se implementan en sus territorios.

En el presente estudio se puede observar que la falta de participación se repite en cada uno de los programas, tanto los que están dirigidos a toda la población como aquellos que han sido diseñado para las víctimas del conflicto armado con base a los parámetros nacionales del Plan

Decenal de Salud Pública. En este sentido los autores (Martínez et al., 2020) hacen un llamado para que las evaluaciones sean contextualizadas desde lo local, pues Latinoamérica necesita enfoques propios de administración pública que no estén alineados con los modelos propuestos por países centrales que no cuentan con las mismas necesidades.

En general se aprecia que las políticas públicas en Pamplona se ejecutaron de manera autoritaria lo que sumado a hechos de presunta corrupción le restaron transparencia a la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 en el municipio, tal y como ha ocurrido también en contextos nacionales e internacionales similares.

Papsivi

El Programa de Atención Psicosocial para Víctimas del Conflicto Armado Colombiano, una de las estrategias del Plan Decenal de Salud, no fue implementado en Pamplona por falta de apoyo del gobierno departamental que decidió priorizar otros municipios con mayor número de afectados por la violencia. Sin embargo, la Unidad de Víctimas visitó el municipio en un intento por ejecutarlo al inicio del período de gobierno, pero sin los resultados esperados.

Las principales percepciones de los líderes refieren que aquellas intervenciones se realizaban por cumplir con un requisito, pero sin continuidad (ej: *de hacer las cosas, hacerlas bien, o sea, ellos agarran tres personas, pero como estamos hablando nosotras, nos conocimos hoy y ya mañana no, entonces con las firmas que yo le firmó ahorita usted sigue pasándolas por todos, entonces eso no debería ser así, o sea eso es como para llenar requisitos y ellos decir sí, mire aquí están todos los atendidos, aquí están las firmas*”; *“ellos aquí vinieron como dos veces*”;

De igual manera, en un estudio realizado en Valle del Cauca, las personas afectadas por la violencia (Gutierrez Rojas, 2019) se refieren a esta problemática de la siguiente forma: “la gente como que resiente también que el PAPSIVI no esté presente todo el tiempo en el territorio, entonces, creo que esa es una gran debilidad”. También la Evaluación del PAPSIVI en su fase I muestra que uno de sus problemas en el ámbito nacional ha sido “la alta rotación de personal y la falta de capacitación continuada”. Una realidad lamentable si se tiene en cuenta que, según este informe, quienes pueden acceder al programa han demandado menos atención en salud mental y una percepción de recuperación (Ministerio de Salud Colombia, 2020).

Moreno Camacho & Díaz Rico, (2016) también mencionan la importancia del acompañamiento psicológico constante y la necesidad de avanzar en cuanto a la duración en el tiempo, ya que se ha evidenciado que por cuestiones de vigencias gubernamentales o traslado de los beneficiarios se interrumpe el proceso, se pierden los avances y no se consolida. (Castaño et al., 2018) expone que hay vacíos de fondo en el Papsivi en cuanto a la identificación y consolidación de programas asistenciales para las víctimas del conflicto. Sugiere que deben unificar criterios respecto con la conformación de los equipos inter disciplinarios que las atienden; se debe organizar el trabajo de las instituciones acuerdo con las estructuras de salud del primer nivel de atención, teniendo en cuenta que hay dificultades de movilización hacia las ciudades que generalmente cuentan con infraestructura más especializada y más profesionales expertos.

Otra de las quejas de algunos líderes y víctimas entrevistadas es la falta de personal idóneo (ej: había venido una psicóloga de Bogotá, pero no los atendió como debía ser, sino que parecía una práctica...). En el estudio realizado en Valle del Cauca se presentó un resultado similar puesto que las víctimas percibieron que los profesionales no tienen suficiente formación y experiencia e incluso algunos han manifestado que el Papsivi empeora su situación. En ambas indagaciones propusieron como solución una posible contratación de profesionales que hayan

vivido en carne propia las secuelas de la guerra, ya que en ese departamento, como en Pamplona, las víctimas consideran que a los profesionales les hace falta empatía o son formados para atender otros problemas como por ejemplo la violencia intrafamiliar (Gutierrez Rojas, 2019).

En Pamplona los administradores públicos afirmaron que en algunos casos los psicólogos de la alcaldía han brindado atención psicosocial, pero sin embargo no fueron contratados para ese propósito ej: *tenemos dos psicólogos dispuestos para eso, aunque no son específicos para víctimas en un caso dado han hecho un trabajo de atención psicosocial*". También existen otros programas de promoción de la salud mental y convivencia social, pero no cuentan con un enfoque diferencial para víctimas.

Finalmente, la falta de recursos para el transporte hacia Cúcuta en donde se encuentra la Unidad de Víctimas más cercana se convirtió para las víctimas que residen en Pamplona en otra barrera que les impide acceder al Papsivi (ej: *"hay muchas personas que no tienen para transportarse, no tienen dinero, ni comodidades, mejor que el programa este dentro del municipio"*). En Valle del Cauca esta dificultad se superó gracias a la organización de la sociedad civil y la voluntad política, pues la gobernadora llegó a acuerdos con las Empresas Prestadoras de Salud para que se les brindara a las víctimas el transporte y alimentación durante el tiempo de atención, que consistía no solo en la consulta psicológica, sino que además iba acompañada de los servicios de medicina general y trabajo social, quienes a su vez remitían a los usuarios hacia otros servicios que necesitarán.

Además de lo anterior vale la pena destacar que también crearon un programa alternativo llamado "Biodanza", el cual tenía como propósito contribuir en la reparación simbólica y espiritual, el cual según la opinión de sus asistentes ha tenido excelentes resultados gracias la posibilidad que tienen las víctimas de sanar sus heridas a través del arte y la cultura. Este

último también sería un ejemplo para la implementación de programas con un enfoque psicosocial que incluya las particularidades del territorio.

A pesar de las contrariedades en su implementación, estudios como el de Cepeda Pérez, (2018), demostrarían que el programa tiene buena aceptación y bajos índices de deserción en una gran parte del territorio nacional especialmente en la costa pacífica y el centro del país en comparación con el Caribe y la Amazonía, indicando que el diseño metodológico y el diseño se ajusta a las necesidades de los grupos etarios y sus perspectivas diferenciales cumpliendo con su objetivo de mitigar los traumas y reparar los daños morales.

CONCLUSIONES

Las conclusiones de esta investigación se clasifican según los objetivos propuestos y el desarrollo teórico y metodológico utilizado.

En cuanto al primer objetivo **de identificar las formas de inclusión de las estrategias de atención de las víctimas del conflicto armado interno en el Plan de Desarrollo Municipal de Pamplona se concluye que:** aunque se implementaron estrategias en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, según los entrevistados no existió participación de las víctimas en la mayoría de actividades planteadas y hubo muy pocas estrategias focalizadas en la población víctima.

En la implementación de dichas estrategias se identificaron principalmente las siguientes acciones:

Aseguramiento universal: toda víctima que llega a Pamplona tiene que reportar el hecho victimizante, también debe manifestar a cuál Empresa Prestadora de Salud está afiliada, en caso de no contar con este servicio de salud se debe hacer el proceso por medio de cuál sea incluida en el Sisben o IPS de su preferencia. Adicionalmente se realizan afiliaciones durante las jornadas de salud o por medio de visitas domiciliarias. En el transcurso de los cuatro años se beneficiaron 1.287 y 664 personas.

Respecto a las acciones dirigidas a las víctimas se destaca el aseguramiento de esta población a través de los mecanismos que establece la ley, lo que les posibilita el acceso a los servicios de salud del hospital del municipio y demás Instituciones Prestadoras de Salud en cumplimiento de lo que se estableció inicialmente en el Plan de Desarrollo. Sobre el aseguramiento, el Plan de Acción Territorial registra un total de 1951 accesos de la población

víctima al Sistema General de Seguridad Social. De igual manera las víctimas y sus líderes corroboraron que la afiliación se realiza una vez se determina la calidad de víctima de una persona o en las jornadas de salud anuales.

Jornadas de salud: se llevaron a cabo de una a dos jornadas de salud específicas para las víctimas, sin embargo, también se realizan anual o semestralmente otras jornadas de salud en zonas rurales y barrios considerados vulnerables. En estas jornadas se llevan a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tales como: tamizajes en salud mental, valoración antropométrica, vacunación, charlas sobre diversos temas de salud, consulta médica, toma de tensión, citologías y servicio de odontología. Algunas víctimas consideraron que se deben hacer más jornadas o por un tiempo más prolongado ya que son insuficientes para la cantidad de víctimas en Pamplona.

Este mecanismo es mencionado con frecuencia en Plan de Atención en Salud como parte de programas y estrategias más grandes, dirigidas a población urbana y rural. Algunas jornadas tenían como objetivo detectar enfermedades en la población, pero la mayoría se realizaron con el fin de ofrecer servicios, promocionar la salud y prevenir enfermedades.

Capacitaciones: durante los cuatro años se realizaron capacitaciones sobre salud mental, atención psicosocial y convivencia social para las víctimas del conflicto armado y población pamplonesa. También se capacitaron a vendedores informales, recicladores o trabajadores del mercado central del municipio sobre riesgos y prevención de accidentes laborales. Con apoyo internacional se capacitó a las víctimas sobre derecho internacional humanitario, derechos humanos y derechos contemplados en la justicia transicional.

Sin embargo, existe mayor demanda de las víctimas para participar de estas capacitaciones, pues consideran que hace falta mayor información, temáticas, y hasta un diplomado en

derechos humanos. De igual manera algunos comentaron que se sienten utilizados y que algunas capacitaciones no coinciden con sus necesidades.

Aunque el plan de Desarrollo si tenía contempladas para las víctimas capacitaciones en desarrollo humano y trabajo, no se evidencia su implementación en los demás documentos. Generalmente las capacitaciones eran una herramienta que utilizaba dentro de estrategias y programas de salud más grandes. Por otra parte, en el Plan de Acción Territorial se reporta un taller de información sobre derechos y deberes de la ley 1448 del 2011 en la Institución Educativa Cristo Rey de la que participaron 40 personas.

El PAT menciona que para los funcionarios se realizaron talleres de actualización a funcionarios públicos sobre la política pública de atención integral a víctimas del conflicto armado

Programa de televisión y difusión en medios: existió un programa de televisión que se transmitía en un canal de televisión local con el fin de prevenir enfermedades no transmisibles.

En el Plan de Acción en Salud se describe que se realizó un programa de televisión y uno por redes sociales sobre la enfermedad, factores de riesgo y protección y la difusión de las acciones de intervención familiar. Además de usar otras estrategias de educomunicación a través de vídeo y medios virtuales.

Priorización en los servicios: aunque los administradores de la política pública manifestaron que hay prioridad para las víctimas, ellas manifestaron en la mayor parte de las preguntas que no perciben que sea cierto. En los documentos no se destacan acciones puntuales que demuestren que hubo priorización de las víctimas en su acceso a los servicios de salud. Aunque en el Plan de Acción en Salud menciona que se desarrollaron reuniones, talleres, cartillas educativas, acciones lúdico pedagógicas, volantes informativos y planes de medios para divulgar los deberes y derechos en salud y rutas de atención que facilitaran la eliminación

de las barreras de acceso a los servicios de salud para las poblaciones especiales dentro las cuales se incluye a las víctimas del conflicto armado.

Conformación de redes sociales y comunitarias, mesas transectoriales, comités,

veedurías: los administradores mencionaron que existen redes sociales y comunitarios, así como una mesa transectorial para las víctimas, sin embargo, las víctimas afirmaron que no son tenidas en cuenta a la hora de tomar decisiones y en algunas reuniones no han participado o no los han invitado. De manera similar, existen líderes que manifiestan hacer veeduría en, pero no participan de los comités de vigilancia epidemiológica. Además, uno de los líderes agregó que tampoco existen estadísticas focalizadas en víctimas del conflicto armado que permitan hacer seguimiento de las enfermedades más prevalentes en esta población.

En el plan de desarrollo también se contempló un fortalecimiento de la mesa de participación de víctimas con el objetivo de garantizar el apoyo financiero para las secciones. Al final del período se beneficiaron 23 personas, según el registro del PAT. La administración municipal manifestó no tener documentos que demuestren estadísticas focalizadas en la población víctima.

Programas de salud: el Programa de Alimentación Escolar, PAE se dirige a toda la población pamploesa, pero líderes y víctimas del estudio se quejaron del servicio pues no era entregado a los niños víctimas del conflicto armado. Por otra parte, el hospital San Juan de Dios también ofrece un programa para el tratamiento de la hipertensión, cursos psico profilácticos para las gestantes, entre otros dirigidos a la población asegurada. *programas de promoción de la paz y resolución de conflictos.*

1. Programa de Atención Psicosocial (PAPSIVI)

Se contempló en Plan de Desarrollo Municipal, se intentó implementar en el municipio, pero finalmente no se llevó a cabo.

2. Priorización Programa de Alimentación Escolar (PAE)

En el Programa de Alimentación Escolar (PAE), según el PAT, se priorización 96 niños y adolescentes víctimas del conflicto armado.

3. Programa de Rehabilitación Basada en Comunidad

29 víctimas hicieron parte del programa de Rehabilitación Basada en Comunidad, según el PAT.

4. Priorización al programa del adulto mayor

Según el Plan de Acción Territorial se priorizaron 13 adultos mayores en el programa del adulto mayor.

5. Programa de primera infancia, adolescencia y juventud: “Creciendo con derechos y construyendo mi proyecto de vida en el municipio de Pamplona

Se atendieron 121 personas, pero no se sabe cuántas de ellas eran víctimas.

6. Programas de solución de ingresos

El Plan de Desarrollo contiene un indicador del número de víctimas vinculadas al programa de solución de ingresos, pero no se registra información sobre su implementación.

Campañas: a través del Hospital San Juan de Dios se realizaron campañas sobre tenencia responsable de mascotas, lavado de manos, manipulación limpia de alimentos, promoción y seguimiento de la lactancia materna y promoción de hábitos de alimentación saludable, promoción de la salud sexual en los colegios, caracterización en las casas de lenocinio, pruebas rápidas de VIH y hepatitis B, prevención de violencia de género, de autolesiones, del suicidio, de consumo de sustancias psicoactivas, concurso de amor y paz en los colegios.

Asesorías: la agencia de restablecimiento de atención de víctimas del departamento brindó una asesoría para las víctimas del conflicto armado. Sin embargo entre los documentos revisados también se encontraron los siguientes espacios para las asesorías de la población víctima.

- Atención, orientación a víctimas del conflicto armado por medio de enlaces de apoyo del programa de atención a población víctima
- Atención, orientación a víctimas del conflicto armado enlace de apoyo en la personería municipal
- Jornada de atención, orientación y asistencia legal a víctimas del conflicto armado.

Cursos: curso de reparación emocional

Entrega de Atención o Asistencia Humanitaria

El Plan de Desarrollo contempla la entrega de asistencia humanitaria para la población desplazada en el municipio de la siguiente “dotación de alimentos, alojamiento, utensilios básicos, etc., reparación integral individual (indemnización, medidas de satisfacción, rehabilitación física y mental, atención sicosocial, restitución de tierras, garantías de no

repetición) y acciones para la verdad y la justicia”. Según el PAT se entregó asistencia humanitaria a 14 núcleos familiares.

Apoyo psicológico y social para el restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas

El plan de desarrollo contempla el apoyo psicológico a las víctimas del conflicto del cual se beneficiaron 50 personas, según el Plan de Acción Territorial. Esta atención no está incluida dentro de Programa de Apoyo Psicosocial para Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI).

Caracterización de la población

En el Plan de Acción en Salud se describe el levantamiento de la línea base por medio de la caracterización de la población especial del municipio con (enfoque diferencial-subdiferencial) de las poblaciones especiales tales como: desplazamiento, víctimas del conflicto armado Interno; discapacidad; personas mayores; mujeres gestantes; adolescentes, niños y niñas; Etnias; Afro descendientes y Rom (Gitanos). Sin embargo, según los administradores públicos en la entrevista no se tiene una base de datos propia del municipio, sino se cuenta únicamente con la del registro único de víctimas nacional.

Reflexiones

La mayoría de respuestas de la entrevista en la primera categoría, se clasificaron en dos o tres unidades. Una en la que los administradores de la política pública hablaban de las actividades realizadas en cada dimensión y mecanismos de participación de las víctimas del conflicto armado. Por el contrario, los líderes y algunas víctimas consideraban no los incluían en las diferentes estrategias y actividades o manifestaban que dichas acciones no existían o no se conocían.

Respecto a las respuestas entre líderes y víctimas, se evidenció que los líderes tienen mayor conocimiento acerca de la implementación de las estrategias, mientras que las víctimas en su mayoría respondieron que no se realizaban o las desconocían por completo como, lo que expresaron en frases como *“no que yo sepa”*, *“desconozco que se está haciendo”*, *“ignorancia total”* en todas las preguntas del cuestionario.

Principalmente los líderes criticaron la manera en que se desarrollaron algunas actividades, dimensiones del plan en términos de cobertura, calidad, cantidad, comunicación, participación e información. Las víctimas entrevistadas afirmaron que desconocían muchas acciones, que no participaron de los comités de la alcaldía, ni fueron capacitados en asuntos que correspondían a sus intereses como se contempla en algunas respuestas: *“llevo mucho tiempo peleando porque a las víctimas les digan cuáles son sus derechos, qué les den una verdadera capacitación...”*, *“no tomaron en cuenta a ninguna víctima...”*, *“solamente por ahí en las escuelas es que les dan almuerzo a los pelados, que se ha peleado que se les dé gratis”*.

Lo que expone que existe una falta de comunicación entre los actores que ejecutan la política pública y sus principales beneficiarios. En relación a esto último, algunos líderes y víctimas afirmaron que muchos no tienen acceso a tecnología de la información y la comunicación *“se*

hacen diferentes campañas, y diferentes publicaciones en diferentes áreas, pero no llegan en sí a las víctimas, porque la mayoría de ellos no tiene acceso, ni conocimiento de cómo manejar una página web, ni a dónde dirigirse para encontrar alguna orientación”.

También dijeron que el “enlace”, es decir la persona encargada de mediar entre la alcaldía y las víctimas, no se comunicaba con ellas (ej: *“al enlace le llegó la comunicación de que se había abierta una convocatoria para víctimas del conflicto armado, de que se preparan, se montara su unidad productiva, tuvieran la opción de entrar al fondo emprender y yo me vine a enterar que durante cuatro años ni siquiera contestaron el teléfono”.* A esta falta de interacción se suma la desconfianza, *“que mientras los enlaces sigan siendo un nombramiento político o un favor político las cosas no van a funcionar, porque el enlace es el primer ente, junto con el secretario de personería o personero, cuando no existe el secretario, son los primeros entes que deben brindarle la mejor atención a la persona víctima que acaba de llegar”.*

Entre las que menciona el administrador encargado esta que las víctimas desconocen sus derechos y normas *“hay uno el desconocimiento de la norma, dos desconoce sus derechos”.*

Una de las víctimas menciona que puede existir vergüenza de pedir ayuda o la creencia de que no se les va a entregar la asistencia.

Por otra parte, dentro de los aspectos positivos se destaca que las víctimas cuentan con aseguramiento que les permitió el acceso a la salud y a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública.

El Plan de Desarrollo Municipal 2016 – 2019, el Plan de Acción Territorial, el Componente Operativo Anual de Inversiones (COAI) y el Plan de Acción en Salud (PAS) son coherentes con la información que dieron los administradores públicos en las entrevistas. Estos comprueban que las acciones manifestadas se desarrollaron durante los tres años de gobierno, junto con otras que no fueron registradas en las grabaciones. Dichos documentos muestran la inversión

anual en los programas y ofrecen información sobre la implementación de la política que es el centro de la presente investigación.

Respecto al primer objetivo de **“identificar las formas de inclusión de las estrategias de atención de las víctimas del conflicto armado interno en el Plan de Desarrollo Municipal de Pamplona”** se encontró que efectivamente se ejecutaron algunas estrategias y acciones en cada una de las dimensiones para toda la población pamplonesa, priorizando especialmente a la población de las zonas rurales y periféricas del municipio. Otras se concentraron principalmente en los colegios, con los presidentes de las Juntas de Acción Comunal de los barrios y usuarios del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

Efectivamente, como también afirmaron las víctimas en las entrevistas, los documentos muestran que algunas acciones se concentraron en eventos como jornadas de salud, algunas durante las celebraciones mundiales de la salud (día de VIH, día de la prevención de la diabetes, día de la prevención del cáncer...); programas de salud, un programa de televisión, conformación de redes sociales y comunitarias, mesas transectoriales, comités, veedurías y campañas, capacitaciones, cursos, y asesorías. No se encontraron otros mecanismos diferentes o informales a parte de los mencionados en las entrevistas.

Las conclusiones respecto al segundo objetivo de la investigación: “conocer las percepciones de la población víctima del conflicto armado en cuanto a la accesibilidad y dificultades para hacer parte de los programas y servicios del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021)”, fueron las siguientes:

Las víctimas y líderes entrevistados afirmaron que existen dificultades para acceder a la asistencia humanitaria, algunas derivadas de la normativa que estipula tres meses para la verificación de los hechos victimizantes y otras relacionadas con el incumplimiento de la ley

como por ejemplo no entregar la asistencia de alimentación o de vivienda por los meses correspondientes (Unidad de Víctimas, n.d.).

Adicionalmente las víctimas y líderes manifestaron que los productos de la asistencia humanitaria no son de buena calidad y la califican con adjetivos como “*limitada*”, “*cualquier bobada*”, “*cualquier cosita*”, “*burla*”. alguna de las víctimas mencionó que no se entregan y que además no hay gestión para que se hagan, mientras otro líder mencionó que otras razones que dicen los administradores para no entregarla es que no se es del municipio, que la víctima no tiene que declarar en Pamplona o que ya pasó el tiempo para recibir la ayuda.

Respecto a las oportunidades las respuestas de líderes y víctimas fueron que no existen o que son escasas, contrario a lo que dijo el administrador quien enfatizó en qué más que oportunidad era un derecho al que todos podía acceder a través de las oficinas disponibles en la alcaldía. En esta pregunta los líderes y víctimas aportaron información similar sobre una asistencia limitada en tiempo y enseres de emergencia. También algunas víctimas y líderes manifestaron cierta desconfianza hacia el gobierno local y el enlace, funcionario encargado de ser el mediador entre las víctimas y la administración municipal.

Específicamente para las víctimas existe otra barrera que les impide en algunos casos el acceso a los servicios de salud, como lo explicó uno de los administradores y es la demora en la verificación de la calidad de víctima de una persona debido a los retrasos y fallas en la actualización de la base de datos y tampoco existe un diagnóstico frente a sus necesidades en salud.

Con el fin de responder al objetivo también se preguntó por el acceso a la salud en el municipio y la mayor parte de los entrevistados, incluyendo los administradores afirmó que si tienen acceso a la salud, aunque con algunas barreras que no distan de las que tienen muchas poblaciones en el ámbito nacional, tales como la demora en citas con especialistas, la falta de

ayudas técnicas para personas con discapacidad, la no autorización de medicamentos y la carencia de servicios médicos que no se ofrecen en el hospital, lo que obliga a los pacientes que requieren atención, el traslado hacia la ciudad de Cúcuta. Algunos de estos derechos deben exigirlos mediante tutela. De igual manera, un líder y una víctima mencionaron que la migración venezolana terminó por colapsar el sistema de salud. Aunque en el hospital local se brindan citas y servicios de segundo nivel con los que pueden contar, tanto líderes como víctimas consideran que no existen facilidades para acceder a la salud.

En el Plan Decenal de Salud Pública 2020 – 2021 se establece una estrategia sobre la incorporación del enfoque psicosocial en la asistencia humanitaria, aunque también en el marco de la investigación interesaba indagar sobre este enfoque en los servicios de salud. Este enfoque se define de la siguiente manera “contribuye a que las personas y comunidades puedan llevar una vida independiente y reconstruyan nuevamente su historia y su identidad ayudando a reducir los daños psicológicos y también los de la comunidad. En sí favorece que las personas y comunidades puedan superar en lo posible su pasado dentro del conflicto”.

De acuerdo a lo anterior, las víctimas respondieron que no se incorporaba ni en la asistencia humanitaria, ni en la atención en salud y que recibían dichas atenciones a través de los estudiantes de la Universidad de Pamplona. Líderes y víctimas se quejaron de la falta, de atención psicológica, de salud, de inclusión laboral, de empatía por parte de los profesionales que los atienden y de prioridad en los servicios. Uno de los líderes puntualizó en que esta necesidad es más evidente en los niños que no logran insertarse en la vida escolar por la falta de atención psicológica. Uno de los líderes mencionó que se recibió el programa de Atención Psicosocial, pero este no continuó en el municipio, ya que no fue priorizado por la gobernación. Las víctimas puntualizaron en qué además del apoyo psicosocial era necesario el económico, pues algunas víctimas no han superado las condiciones de pobreza después del hecho victimizante.

Uno de los administradores explicó que para ayudar a las víctimas se desarrolló un proyecto mediante el cual se apoyaban los emprendimientos de esta población, con el fin de que contribuir a su independencia económica, sin embargo, debido a un hecho de presunta corrupción por cuenta del alcalde del municipio, la relación entre víctimas y gobierno se fragmentó la confianza entre las partes.

Sobre la incorporación del enfoque diferencial existen básicamente apreciaciones similares a las anteriores, pues líderes y víctimas consideran que no hay un enfoque diferencial para las víctimas. Ellos perciben que no hay interés del Estado por proporcionar un enfoque diferencial, atención psicológica e inclusión laboral, no hay una base de datos, los profesionales contratados no quieren, ni entienden a las víctimas y que hay un trato preferencial con los extranjeros (venezolanos). Los administradores afirmaron que hay diferentes grupos que garantizan un enfoque diferencial por ciclo de vida, género y discapacidad, aunque no satisfacen las demandas diferenciales de la población víctima del conflicto armado, quienes solicitan trabajo y capacitación en distintas áreas.

En relación con este objetivo se incluyó una categoría individual para evaluar el Programa de Atención Psicosocial para Víctimas del Conflicto Armado, sin embargo, se encontró que la administración municipal no pudo implementarlo a pesar de que era una de las metas contempladas en el Plan de Desarrollo Local, esto debido a que Pamplona no fue un municipio priorizado por la gobernación de Norte de Santander, dado que no es un territorio afectado directamente por la violencia.

No obstante, se realizaron algunas actividades aisladas para toda la población pamplonesa como la conformación de redes de apoyo psicosocial en colegios y universidades y se contó

con el apoyo profesional de dos psicólogos de la Dirección Local de Salud, quienes eventualmente atendían víctimas. Específicamente para las víctimas, solamente se realizó una gestión ante la Unidad de Víctimas de Cúcuta que visitó el municipio en algunas ocasiones y a donde se remitieron algunos casos apremiantes relacionados con jóvenes que padecieron la violencia armada.

Las capacitaciones que realizó la Unidad de Víctimas en Pamplona fueron criticadas especialmente por algunos líderes, quienes consideraron que se sentían “utilizados” por la administración municipal al hacerlos firmar “como para llenar requisitos”; para las demás víctimas la atención psicosocial no existió o no se brindó “como debería ser”.

A pesar de las quejas de víctima y líderes, todos los entrevistados estuvieron de acuerdo en que se debe implementar el programa en Pamplona, pues para las víctimas es difícil trasladarse continuamente a Cúcuta donde existe la Unidad de Víctimas más cercana.

En este estudio nos referimos por gestión institucional a las acciones o trámites que, junto con otros, se llevaron a cabo para implementar el Plan Decenal de Salud Pública en el municipio estudiado en cuanto recursos financieros, instituciones, talento humano, capacitación del talento humano, infraestructura y tecnología.

De acuerdo a lo anterior, las conclusiones respecto al objetivo “describir la gestión institucional para la obtención y distribución de recursos dirigidos a la atención de la población víctima incluida en el estudio para dar cumplimiento a las metas del Plan Decenal de Salud Pública” son las siguientes:

La primera conclusión es que la percepción de la gestión institucional entre algunos administradores, líderes y víctimas es opuesta, es decir, unos aseguran que en Pamplona se tiene lo necesario para atender las necesidades de salud de la población y los otros que hacen falta mejoras.

En términos de instituciones en salud el municipio cuenta únicamente con un hospital de primer y segundo nivel. Otras instituciones que responden a las demandas y necesidades de salud son la personería municipal, la secretaria de gobierno, la Dirección Local de Salud, colegios, cajas de compensación familiar, cajas de compensación familiar y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Sin embargo, varias víctimas manifestaron que no existen, no les brinda acompañamiento ni prioridad, o no hay entidades específicas para su atención.

Respecto a la infraestructura el hospital local ofrece los servicios de hospitalización, cirugía, consulta externa, promoción y prevención, apoyo diagnóstico y urgencias para una población de 57.803 personas. También cuenta con once Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) privadas, que según la percepción de los entrevistados incluyendo a un administrador de la política, es que son consultorios pequeños y ofrecen servicios básicos que son insuficientes para alta demanda de pacientes. Hay una percepción de que los equipos son bastante obsoletos. También se cuenta con dos bases de datos que presentan cierres periódicamente que dificultan la identificación y posterior acceso a la salud de las víctimas.

La segunda conclusión es que los líderes y víctimas desconocen de dónde provienen los recursos económicos que financian a las instituciones que responden a sus necesidades y demandas, los cuales proceden del erario municipal y hacen parte de un fondo común que se divide entre todas las poblaciones vulnerables establecidas en el Plan Decenal de Salud.

La tercera conclusión es que el municipio cuenta con diferentes profesionales para garantizar la atención en salud de las víctimas del conflicto armado entre ellos psicólogos, abogados, nutricionistas, médicos, odontólogos, especialistas, contratistas y equipos interdisciplinarios. Sin embargo, la percepción de las víctimas entrevistadas es que no hay profesionales que realmente respondan a sus necesidades, además de que carecen de empatía.

La capacitación que recibe el talento humano es dirigida por el Instituto Departamental de Salud (IDS) y el Hospital San Juan de Dios, sin embargo, lo que las víctimas entrevistadas manifestaron es que no perciben que los profesionales estén capacitados o realmente respondan a sus demandas.

Por otra parte, en relación con el Programa de Atención Psicosocial para Víctimas del Conflicto Armado (Papsivi) se puede concluir que, aunque no se haya podido implementar es una necesidad inminente y urgente para las víctimas que residen en Pamplona y no pueden desplazarse hacia Cúcuta donde se encuentra la Unidad de Víctimas más cercana. Además, porque los programas de convivencia social y salud mental que ofrecía la Alcaldía de Pamplona no satisface las necesidades psicosociales de los afectados por el conflicto, dado que el personal disponible no está capacitado para la atención de este tipo de casos, como si podrían estarlo aquellos profesionales que hacen parte del Papsivi.

RECOMENDACIONES

La evaluación de la implementación del componente “Víctimas del Conflicto Armado Colombiano” del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 en Pamplona ayudó a recolectar información sobre las acciones que se pueden mejorar para que la política pública cumpla con sus objetivos.

De acuerdo con los resultados del presente estudio se ofrecen las siguientes recomendaciones para la administración municipal:

- 1. Caracterización de la población víctima:** debido a que las bases de datos de la Unidad de Víctimas presentan deficiencias y desactualizaciones, es conveniente que con el consenso de las víctimas se evalué la posibilidad de realizar una caracterización de las víctimas que residen en el municipio con el fin de satisfacer mejor a sus necesidades diferenciales. Aunque en el Plan Municipal de Salud quedó registrado, dicha acción no se desarrolló en el anterior gobierno.
- 2. Promover la participación de las víctimas en los planes territoriales:** invitar a todos los líderes, incluso a aquellos que no hacen parte de la mesa de víctimas a participar de la formulación y el seguimiento de las políticas públicas y la implementación de las estrategias. También es importante integrar a las víctimas en los programas que existen por cada una de las dimensiones del Plan Decenal de Salud en el municipio, para ello necesitarán de la creación de mecanismos de información y comunicación que lleguen a

las víctimas, así como de la socialización de las actividades y estrategias que se van a llevar a cabo, considerando horarios y escenarios accesibles para su ejecución.

3. Socialización de los derechos y deberes contemplados en la justicia transicional:

este es uno de los pasos más importantes para la construcción de confianza entre el gobierno y las víctimas. Esto se puede realizar de una manera creativa a través del uso de sociodramas o lúdicas.

4. Capacitación sobre Derecho Internacional Humanitario y Derechos Humanos:

con el apoyo de la Universidad de Pamplona se podrían desarrollar este tipo de capacitaciones para las víctimas, quienes según los resultados del estudio desconocen sus derechos humanos.

5. Fortalecimiento de mecanismos de participación:

aunque existen mecanismos de participación institucional se encontró que los retrasos, ausentismos, falta de inclusión de las víctimas en las decisiones afectaron el correcto funcionamiento de los mismos, por lo cual se sugiere la creación de un protocolo y estipulación de reglas para la realización de reuniones más efectivas, así como la implementación de una agenda que permita hacer seguimiento de los acuerdos. También se debe promover la creación de veedurías y el reconocimiento de aquellas que ya existen en el municipio, así como asegurar que las víctimas hagan parte de los comités de vigilancia epidemiológica. Además de lo anterior sería pertinente crear otros mecanismos más informales que permitan mejorar la comunicación entre el gobierno y las víctimas del conflicto.

6. Mejoramiento de las instituciones que responden a las demandas de las víctimas:

pueden comenzar por la capacitación del personal que atiende a las víctimas para que puedan ofrecer un servicio más integral. De igual manera es necesario dar a conocer estas instancias para que las víctimas puedan acudir inmediatamente o incluso crear una línea de atención.

7. **Transparencia:** informar a las víctimas acerca de cómo y en qué se invierte el presupuesto destinado por la administración al cumplimiento de las metas que les conciernen.
8. **Sensibilización del talento humano:** es necesario que el talento humano que atiende a las víctimas conozca los contextos de los cuales ellos provienen, con el fin de fomentar la empatía y la comprensión en la atención de sus necesidades.
9. **Inversión en infraestructura y tecnología:** el municipio debe seguir invirtiendo y gestionando mejores escenarios y equipo para la atención en salud de la población, no solamente víctima, sino en general.
10. **Seguimiento de la asistencia humanitaria:** la administración pública debe involucrar a los líderes de las víctimas en el seguimiento de la asistencia humanitaria para garantizar que se entregue tal y como estipula la ley.
11. **Fortalecimiento del acceso a la salud:** una vez realizado un diagnóstico de las necesidades de salud más prevalentes de la población víctima se debe gestionar la presencia de especialistas o facilitar que esta pueda trasladarse hacia Cúcuta para que reciban la atención. Es necesario también que se actualice y capacite al personal de salud sobre una base de datos que permita una fácil identificación de la persona. A estas acciones se puede agregar la asesoría legal a las víctimas para la reclamación de sus derechos en salud.
12. **Incorporación del enfoque psicosocial:** las víctimas demandan principalmente posibilidades de empleo, capacitación para el trabajo, una bolsa de empleo, becas, la agilización en la verificación de su calidad de víctima, un diagnóstico de sus necesidades, ayudas técnicas, ayudas económicas y una reparación simbólica individual o colectiva, además del apoyo psicológico. La Universidad de Pamplona puede a través de sus diferentes programas puede ser un gran aliado en este propósito

de ayudar a las víctimas a recuperar el curso de sus vidas y superar los hechos violentos.

13. Gestión de programas de apoyo psicológico: ante la falta de priorización del Papsivi en el municipio debe considerarse la implementación de programas similares que contribuyan la recuperación psicológica de las víctimas, ya que es sumamente necesaria para las víctimas, quienes suelen padecer diversos trastornos provocados por los hechos victimizantes.

ANEXOS

Anexo A. Técnica de recolección: entrevista para administradores de la política pública

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA ADMINISTRADORES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE PAMPLONA

CATEGORÍA 1. INCLUSIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA (2012 – 2021) EN EL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL

En esta categoría se evalúa si el plan de desarrollo municipal incluye las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública

Pregunta
1. ¿De qué manera participó la comunidad víctima en la construcción de los planes territoriales en salud?
2. ¿Cuáles son las estrategias que el plan de desarrollo municipal contempla para la atención de víctimas del conflicto armado, de acuerdo al plan decenal de salud en cuanto a la posibilidad que tienen las víctimas de acceder a los servicios de salud?
3. ¿Conoce cuáles son estrategias de las dimensiones del plan decenal de salud pública que se llevan a cabo en la región específicamente en atención a víctimas del conflicto armado?
4. ¿Qué acciones dirige el municipio sobre la dimensión “salud ambiental” específicamente con las víctimas del conflicto armado?
5. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión de “convivencia social y salud mental”, específicamente con las víctimas del conflicto armado?
Teniendo en cuenta que la seguridad alimentaria y nutricional está relacionada con el derecho a una alimentación sana con equidad:
6. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “seguridad alimentaria y nutricional” específicamente con las víctimas del conflicto armado?
7. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos”, específicamente en víctimas del conflicto armado?
8. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “Vida saludable y enfermedades no transmisibles”, específicamente en víctimas del conflicto armado?
9. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión salud pública en emergencias y desastres, específicamente en víctimas del conflicto armado?
10. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “¿Vida saludable y condiciones trasmisibles”, específicamente en víctimas del conflicto armado?
Teniendo en cuenta que la salud laboral se refiere a la salud de los trabajadores
11. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “Salud y ámbito laboral”, específicamente en víctimas del conflicto armado?

12. ¿De qué manera se socializan los derechos y deberes contemplados en la justicia transicional en cuanto a salud en víctimas del conflicto armado en el municipio de Pamplona?
13. ¿Cómo se capacita a los líderes comunitarios y población víctima del conflicto armado sobre derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario para facilitar la verificación de la garantía de los derechos y favorezcan el acceso a servicios de salud con calidad a la población identificada como víctima del conflicto armado en su región?
14. ¿Cuáles son los mecanismos de participación de los comités de vigilancia epidemiológica, comité de participación comunitaria y veedurías de salud en su municipio?

CATEGORÍA 2. GESTIÓN INSTITUCIONAL

En este apartado nos referimos por “gestión institucional” a las acciones o trámites que, junto con otros, se llevan a cabo para implementar el Plan Decenal de Salud Pública en el municipio estudiado en cuanto recursos financieros, instituciones, talento humano, infraestructura y tecnología.

Pregunta
1. ¿Qué instituciones posee el municipio para responder a las demandas y necesidades de salud de las víctimas del conflicto armado?
2. ¿De dónde provienen los recursos que financian a las instituciones que responden a las demandas y necesidades de las víctimas?
3. ¿Qué tipo de talento humano posee el municipio para garantizar la atención en salud de las víctimas del conflicto armado?
4. ¿Cómo se capacita al talento humano en salud para responder a las demandas de las víctimas?
5. ¿Qué infraestructura y tecnología sanitaria tiene el municipio para garantizar el acceso a la salud de las víctimas del conflicto armado?
6. ¿Cuánto dinero invierte el municipio en la adquisición de infraestructura y tecnología para garantizar el acceso de salud a las víctimas del conflicto armado?

CATEGORÍA 3. ACCESIBILIDAD Y BARRERAS DE LAS VÍCTIMAS PARA BENEFICIARSE DEL PLAN DECENAL DE SALUD

Nos referimos a *accesibilidad* como a aquellas facilidades que tienen las víctimas para recibir los servicios de salud y como *barreras* a aquellos obstáculos que les impiden acceder a estos servicios.

Pregunta
La asistencia humanitaria se refiere a ayuda material y logística provista por razones humanitarias. Incluye la provisión de los bienes y servicios básicos como abrigo, agua potable, alimentación y atención sanitaria para garantizar la supervivencia de los afectados. La asistencia humanitaria normalmente solo incluye la ayuda a corto plazo después de un desastre o conflicto.
1. De acuerdo con lo anterior, ¿cómo se les brinda el acceso a la asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado?

2. ¿Cuáles son las barreras que impiden a las víctimas del conflicto armado acceder a la asistencia humanitaria?

3. ¿Cuáles son las oportunidades de acceso de las víctimas del conflicto armado a la asistencia humanitaria?

4. ¿Cuáles son las barreras que impiden a las víctimas acceder a los servicios de salud que contempla el Plan Decenal de Salud pública?

5. Cuáles son las oportunidades de acceso de las víctimas del conflicto armado a la atención en salud que contempla el Plan Decenal de Salud Pública?

Por favor lea el siguiente concepto y de acuerdo al mismo responda la pregunta al final del texto.

Enfoque psicosocial

Perspectiva que reconoce los impactos psicosociales que comprometen la violación de derechos en el contexto de la violencia y el desplazamiento en Colombia.

De igual manera es una guía ética y metodológica para la atención de tales situaciones sociales y para la relación con las personas, grupos, comunidades y colectivos étnicos, cuyos derechos han sido vulnerados en el marco de la violencia sociopolítica.

Desde este enfoque se privilegian siempre las acciones tendientes a contribuir en la reparación de la dignidad humana, generar condiciones para el ejercicio autónomo de las personas y las comunidades en la exigencia de los derechos, y devolver a estas la independencia y el control sobre sus vidas y sus historias. Reconoce y valida las potencialidades y capacidades con las que cuentan las personas y las comunidades para recuperarse y materializar sus proyectos de vida.

6. Respecto al concepto anterior, usted como administrador de la política pública ¿Cómo considera que se incorpora el enfoque psicosocial en la prestación de asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado?

Por favor lea el siguiente concepto y de acuerdo al mismo responda la pregunta al final del texto.

Enfoque diferencial

Supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de derechos y libertades. Tiene en cuenta los ciclos de vida de las personas (infancia, adolescencia, adultez, vejez) y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes como es el caso de la discapacidad y de situaciones sociales como el desplazamiento.

El enfoque diferencial supone la organización de las acciones y programas que dan cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y de la no discriminación. La diferenciación del derecho a la salud para diferentes grupos poblacionales, y la especificidad de sus necesidades, responde a desventajas y necesidades no satisfechas que suceden en la práctica. Implica distinguir las diversidades propias de los sujetos y colectivos titulares de derecho, el reconocimiento de las particularidades sociales, culturales, religiosas, etc..., la consulta y la

concertación con los sujetos involucrados, bajos los principios de reconocimiento intercultural, lo cual exige el acopio los recursos materiales y culturales de las comunidades.

7. De acuerdo con el concepto anterior, usted como administrador público, ¿Cómo considera que se incorpora el enfoque diferencial en la asistencia humanitaria a las víctimas?

CATEGORÍA 4. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI)

En esta sección se pretende indagar acerca de cómo se ha implementado el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado PAPSIVI en Pamplona.

Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado PAPSIVI constituye la línea técnica que le permite a los diferentes actores atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas ocasionados por o en relación con el conflicto armado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario (incluido en éste los sujetos de reparación colectiva), con el fin de mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades.

Pregunta
La ruta del programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las víctimas del conflicto armado define los mecanismos técnicos, administrativos y operativos de la atención integral en salud, para los actores del orden nacional y territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en orden a garantizar la prestación de servicios de salud gratuitos y con enfoque diferencial.
1. Teniendo en cuenta lo anterior, ¿Cómo la administración municipal implementa la ruta del programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado en su municipio?
2. ¿Cuáles son las etapas de la ruta de atención local del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado en su municipio?
3. ¿Qué mecanismos utiliza la administración municipal para promover la ruta del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado?
4. ¿Qué barreras impiden que las víctimas del conflicto armado recorran la ruta del programa de atención psicosocial y salud integral?
5. ¿De qué manera las víctimas pueden realizar un seguimiento de la implementación de la ruta del programa de atención psicosocial y salud integral?

Datos sociodemográficos

Edad: _____

Sexo: _____

Cargo que ocupa: _____

Nombre de la entidad: _____

Años de experiencia: _____

Firma revisor

Fecha de realización:

Anexo B. Técnica de recolección: entrevista para líderes de las víctimas del conflicto armado

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LOS LÍDERES DE LAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO DEL MUNICIPIO DE PAMPLONA

CATEGORÍA 1. INCLUSIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA (2012 – 2021) EN EL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL

En esta categoría se evalúa si el plan de desarrollo municipal incluye las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública

Pregunta
1. ¿Conoce si el Plan de Desarrollo Municipal incluye las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública?
2. ¿Cuáles son las estrategias que el plan de desarrollo municipal contempla para la atención de víctimas del conflicto armado, de acuerdo al plan decenal de salud en cuanto a la posibilidad que tienen las víctimas de acceder a los servicios de salud?
3. ¿Cuáles son las estrategias de las dimensiones del plan decenal de salud pública que se llevan a cabo en la región específicamente en atención a víctimas del conflicto armado?
4. ¿Qué acciones dirige el municipio sobre la dimensión “salud ambiental” específicamente con las víctimas del conflicto armado?
5. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión de “convivencia social y salud mental”, específicamente con las víctimas del conflicto armado?
6. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “seguridad alimentaria y nutricional” específicamente con las víctimas del conflicto armado?
7. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “¿Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos”, específicamente en víctimas del conflicto armado?
8. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “¿Vida saludable y enfermedades no transmisibles, como por ejemplo la diabetes o la hipertensión, específicamente en víctimas del conflicto armado?
9. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión salud pública en emergencias y desastres, específicamente en víctimas del conflicto armado?
10. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “¿Vida saludable y condiciones trasmisibles”, como por ejemplo el SIDA, enfermedades de transmisión sexual o tuberculosis, específicamente en víctimas del conflicto armado?
11. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “Salud y ámbito laboral”, específicamente en víctimas del conflicto armado?
12. ¿De qué manera la administración pública les socializa los derechos y deberes contemplados en la justicia transicional en cuanto a salud en víctimas del conflicto armado en

el municipio de Pamplona, teniendo en cuenta que esto es una estrategia del Plan Decenal de Salud Pública?
13. ¿Cómo se capacita a los líderes comunitarios y de las víctimas del conflicto armado sobre derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario para facilitar la verificación de la garantía de los derechos y favorezcan el acceso a servicios de salud con calidad a la población identificada como víctima del conflicto armado?
14. ¿Cómo funcionan los mecanismos de participación de los líderes comunitarios en los comités de vigilancia epidemiológica, comité de participación comunitaria y veedurías de salud?

CATEGORÍA 2. GESTIÓN INSTITUCIONAL

En este apartado nos referimos por “gestión institucional” a las acciones o trámites que, junto con otros, se llevan a cabo para implementar el Plan Decenal de Salud Pública en el municipio estudiado en recursos financieros, instituciones, talento humano, infraestructura y tecnología.

Pregunta
1. ¿Qué instituciones conocen que posee el municipio para responder a las demandas y necesidades de salud de ustedes como víctimas del conflicto armado?
2. ¿Conocen de dónde provienen los recursos que financian a las instituciones que responden a las demandas y necesidades de las víctimas?
3. ¿Qué tipo de talento humano o personal en salud conoce que el municipio posee para garantizar la atención en salud de las víctimas del conflicto armado?
4. ¿Conoce las maneras cómo se capacita al talento humano o personal en salud para responder a las demandas de salud de las víctimas del conflicto armado?
¿Qué infraestructura y tecnología sanitaria conoce que tiene el municipio para garantizar el acceso a la salud de las víctimas del conflicto armado?
5. ¿Conoce cuánto dinero invierte el municipio en la adquisición de infraestructura y tecnología para garantizar el acceso de salud a las víctimas del conflicto armado?

CATEGORÍA 3. ACCESIBILIDAD Y BARRERAS DE LAS VÍCTIMAS PARA BENEFICIARSE DEL PLAN DECENAL DE SALUD

Nos referimos a *accesibilidad* como a aquellas facilidades que tienen las víctimas para acceder a las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública, y como *barreras* a aquellos obstáculos que les impiden acceder a dichas estrategias.

Pregunta
La asistencia humanitaria se refiere a ayuda material y logística provista por razones humanitarias. Incluye la provisión de los bienes y servicios básicos como abrigo, agua potable, alimentación y atención sanitaria para garantizar la supervivencia de los afectados. La asistencia humanitaria normalmente solo incluye la ayuda a corto plazo después de un desastre o conflicto.
De acuerdo con lo anterior, ¿Cómo considera que se les brinda el acceso a la asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado?
2. ¿Cuáles son las barreras que impiden a las víctimas del conflicto armado acceder a la asistencia humanitaria?

3. ¿Cuáles son las oportunidades de acceso de las víctimas del conflicto armado a la asistencia humanitaria?

4. ¿Cuáles considera que son las barreras que impiden a las víctimas acceder a los servicios de salud?

5. ¿Cuáles considera que son las oportunidades de acceso de las víctimas del conflicto armado a la atención en salud?

Por favor lea el siguiente concepto y de acuerdo al mismo responda la pregunta al final del texto.

Enfoque psicosocial

Perspectiva que reconoce los impactos psicosociales (ejemplo: daños psicológicos o traumas, desconfianza entre vecinos, etc.) que comprometen la violación de derechos en el contexto de la violencia y el desplazamiento en Colombia.

De igual manera es una guía ética y metodológica para la atención de tales situaciones sociales y para la relación con las personas, grupos, comunidades y colectivos étnicos, cuyos derechos han sido vulnerados en el marco de la violencia sociopolítica.

Desde este enfoque se privilegian siempre las acciones tendientes a contribuir en la reparación de la dignidad humana, generar condiciones para el ejercicio autónomo de las personas y las comunidades en la exigencia de los derechos, y devolver a estas la independencia y el control sobre sus vidas y sus historias. Reconoce y valida las potencialidades y capacidades con las que cuentan las personas y las comunidades para recuperarse y materializar sus proyectos de vida.

Este enfoque contribuye a que las personas y comunidades puedan llevar una vida independiente y reconstruyan nuevamente su historia y su identidad ayudando a mitigar los daños psicológicos y también los de la comunidad. En sí favorece que las personas puedan superar en lo posible su pasado dentro del conflicto.

6. Respecto al concepto anterior, usted como líder de las víctimas ¿Cómo considera que se incorpora el enfoque psicosocial en la prestación de asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado?

Por favor lea el siguiente concepto y de acuerdo al mismo responda la pregunta al final del texto.

Enfoque diferencial

Supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de derechos y libertades. Tiene en cuenta los ciclos de vida de las personas (infancia, adolescencia, adultez, vejez) y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes como es el caso de la discapacidad y de situaciones sociales como el desplazamiento.

El enfoque diferencial supone la organización de las acciones y programas que dan cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y de la no discriminación. La diferenciación del derecho a la salud para diferentes grupos poblacionales, y la especificidad de sus necesidades, responde a desventajas y necesidades no satisfechas que suceden en la práctica. Implica distinguir las diversidades propias de los sujetos y colectivos titulares de derecho, el reconocimiento de las particularidades sociales, culturales, religiosas, etc..., la consulta y la concertación con los sujetos involucrados, bajos los principios de reconocimiento intercultural, lo cual exige el acopio los recursos materiales y culturales de las comunidades.

Este enfoque pretende dar un trato diferente a las personas según sus necesidades específicas. Por ejemplo, las necesidades de salud de un anciano son diferentes a las de un niño, por esta razón la atención en salud debe ser igualmente distinta para cada uno de ellos.

7. De acuerdo con el concepto anterior, ¿cómo considera que se incorpora el enfoque diferencial en la asistencia humanitaria a las víctimas?

CATEGORÍA 4. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI)

En esta sección se pretende indagar acerca de cómo se ha implementado el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado PAPSIVI en Pamplona.

El PAPSIVI constituye la línea técnica que le permite a los diferentes actores atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas ocasionados por o en relación con el conflicto armado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario (incluido en éste los sujetos de reparación colectiva), con el fin de mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades.

Pregunta
La ruta del programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las víctimas del conflicto armado define los mecanismos técnicos, administrativos y operativos de la atención integral en salud, para los actores del orden nacional y territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en orden a garantizar la prestación de servicios de salud gratuitos y con enfoque diferencial.
Es decir, esta ruta consiste en qué usted conozca a quienes debe dirigirse y en qué orden para que lo atiendan y pueda recibir los servicios de salud.
1. Teniendo en cuenta lo anterior, ¿Conoce cómo la administración municipal implementa la ruta del programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado en su municipio?
2. ¿Conoce cuáles son las etapas de la ruta de atención local del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado en su municipio?
3. ¿Qué mecanismos conoce que utilice la administración municipal para promover la ruta del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado?
4.¿Qué barreras considera que impiden a las víctimas del conflicto armado que recorran la ruta del programa de atención psicosocial y salud integral

5. De qué manera las víctimas pueden realizar un seguimiento de la implementación de la ruta del programa de atención psicosocial y salud integral?

Datos sociodemográficos

Edad: _____

Sexo: _____

Ocupación: _____

¿Hace cuánto tiempo es líder de las víctimas?

¿A qué organización representa?

Lugar de procedencia: _____

Lugar de Residencia: _____

Firma revisor**Fecha de realización:**

Anexo C. Técnica de recolección: entrevista para víctimas del conflicto armado

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO DEL MUNICIPIO DE PAMPLONA

CATEGORÍA 1. INCLUSIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA (2012 – 2021) EN EL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL

En esta categoría se evalúa si el plan de desarrollo municipal incluye las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública

Pregunta
1. ¿Ustedes participaron en la construcción de los planes territoriales de salud?
2. ¿Qué estrategias conocen del plan de desarrollo municipal para la atención de víctimas del conflicto armado en relación a posibilitarle a las víctimas el acceso a los servicios sanitarios?
3. ¿Qué estrategias de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública conocen que se llevan a cabo en la región para atenderlos como víctimas del conflicto armado?
Teniendo en cuenta que la salud ambiental está relacionada el derecho a un medio ambiente sano.
4. ¿Qué acciones dirige el municipio sobre la dimensión “salud ambiental” específicamente con las víctimas del conflicto armado?
5. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión de “convivencia social y salud mental”, específicamente con las víctimas del conflicto armado?
6. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “seguridad alimentaria y nutricional” específicamente con las víctimas del conflicto armado?
7. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos”, específicamente en víctimas del conflicto armado?
8. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “Vida saludable y enfermedades no transmisibles”, como por ejemplo la diabetes o la hipertensión, específicamente en víctimas del conflicto armado?
9. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión salud pública en emergencias y desastres, específicamente en víctimas del conflicto armado?
10. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “¿Vida saludable y condiciones trasmisibles” como por ejemplo enfermedades de transmisión sexual, VIH – SIDA o virus, enfermedades contagiosas, específicamente en víctimas del conflicto armado?
11. ¿Qué acciones dirige el municipio en la dimensión “Salud y ámbito laboral”, específicamente en víctimas del conflicto armado?
12. ¿De qué manera la administración pública les socializa los derechos y deberes contemplados en la justicia transicional en cuanto a salud en víctimas del conflicto armado en el municipio de Pamplona, teniendo en cuenta que es una de las estrategias del Plan Decenal de Salud?
13. ¿Se les capacita a los líderes comunitarios y de las víctimas del conflicto armado sobre derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario para facilitar la verificación de la

garantía de los derechos y favorezcan el acceso a servicios de salud con calidad a la población identificada como víctima del conflicto armado?

14. ¿cuáles mecanismos conoce para la participación de los líderes comunitarios y de víctimas en los comités de vigilancia epidemiológica, comité de participación comunitaria y veedurías de salud?

CATEGORÍA 2. GESTIÓN INSTITUCIONAL

En este apartado nos referimos por “gestión institucional” a las acciones o trámites que, junto con otros, se llevan a cabo para implementar el Plan Decenal de Salud Pública en el municipio estudiado en cuanto recursos financieros, instituciones, talento humano, infraestructura y tecnología.

Pregunta
1. ¿Qué instituciones conocen que posee el municipio para responder a sus demandas y necesidades de salud?
2. ¿Conocen de dónde provienen los recursos que financian a las instituciones que responden a las demandas y necesidades de las víctimas??
3. ¿Qué tipo de personal (médicos, enfermeras, administrativos, abogados) conoce que el municipio posee para garantizar su atención en salud?
4. ¿Conoce las maneras cómo se capacita al personal de salud o administrativo para responder a las demandas de salud de las víctimas del conflicto armado?
¿Qué infraestructura y tecnología sanitaria conoce que tiene el municipio para garantizar el acceso a la salud de las víctimas del conflicto armado?
5. ¿Conoce cuánto dinero invierte el municipio en la adquisición de infraestructura y tecnología para garantizarles el acceso de salud a las víctimas del conflicto armado?

CATEGORÍA 3. ACCESIBILIDAD Y BARRERAS DE LAS VÍCTIMAS PARA BENEFICIARSE DEL PLAN DECENAL DE SALUD

El objetivo de esta sección es conocer la accesibilidad y barreras de las víctimas para beneficiarse del Plan Decenal de Salud. Nos referimos a *accesibilidad* como a aquellas facilidades que tienen las víctimas para acceder a las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública, y como *barreras* a aquellos obstáculos que les impiden acceder a dichas estrategias.

Pregunta
La asistencia humanitaria se refiere a ayuda material y logística provista por razones humanitarias. Incluye la provisión de los bienes y servicios básicos como abrigo, agua potable, alimentación y atención sanitaria para garantizar la supervivencia de los afectados. La asistencia humanitaria normalmente solo incluye la ayuda a corto plazo después de un desastre o conflicto.
De acuerdo con lo anterior, ¿Cómo considera que se les brinda el acceso a la asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado?
2. ¿Cuáles son las barreras que impiden a las víctimas del conflicto armado acceder a la asistencia humanitaria?
3. ¿Cuáles son las oportunidades de acceso de las víctimas del conflicto armado a la asistencia humanitaria?
4. ¿Cuáles son las barreras que les impiden acceder a los servicios de salud?
5. Cuáles son las oportunidades de acceso tienen a la atención en salud?

Por favor lea el siguiente concepto y de acuerdo al mismo responda la pregunta al final del texto.

Enfoque psicosocial

Este enfoque contribuye a que las personas y comunidades puedan llevar una vida independiente y reconstruyan nuevamente su historia y su identidad ayudando a reducir los daños psicológicos y también los de la comunidad. En sí favorece que las personas y comunidades puedan superar en lo posible su pasado dentro del conflicto.

6. Respecto al concepto anterior ¿Cómo considera que se incorpora el enfoque psicosocial en la prestación de asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado?

Por favor lea el siguiente concepto y de acuerdo al mismo responda la pregunta al final del texto.

Enfoque diferencial

Este enfoque pretende dar un trato diferente a las personas según sus necesidades específicas. Por ejemplo, las necesidades de salud de un anciano son diferentes a las de un niño, por esta razón la atención en salud debe ser igualmente distinta para cada uno de ellos.

7. De acuerdo con el concepto anterior, ¿cómo considera que se incorpora el enfoque diferencial en la asistencia humanitaria que se les brinda?

CATEGORÍA 4. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI)

El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado PAPSIVI constituye la línea técnica que le permite a los diferentes actores atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas ocasionados por o en relación con el conflicto armado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario (incluido en éste los sujetos de reparación colectiva), con el fin de mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades.

Pregunta
La ruta del programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las víctimas del conflicto armado define los mecanismos técnicos, administrativos y operativos de la atención integral en salud, para los actores del orden nacional y territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en orden a garantizar la prestación de servicios de salud gratuitos y con enfoque diferencial. Es decir, esta ruta consiste en qué usted conozca a quienes debe dirigirse y en qué orden para que lo atiendan y pueda recibir los servicios de salud. 1. Teniendo en cuenta lo anterior, ¿ Conoce cómo la administración municipal adecuó la ruta del programa de Atención Psicosocial y Salud Integral para las Víctimas del Conflicto Armado en su municipio?

2. ¿Conoce cuáles son las etapas de la ruta de atención local del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado en su municipio?
3. ¿Qué mecanismos utiliza la administración municipal para promover la ruta del programa de atención psicosocial y salud integral en las víctimas del conflicto armado?
4. ¿Qué barreras les impiden recorrer la ruta del programa de atención psicosocial y salud integral?
5. De qué manera las víctimas pueden realizar un seguimiento de la implementación de la ruta del programa de atención psicosocial y salud integral?

Datos sociodemográficos

Edad: _____

Sexo: _____

Estrato socio económico: _____

Ocupación: _____

Nivel de escolaridad _____

Lugar de procedencia: _____

Lugar de residencia: _____

Número de hijos _____

EPS (si tiene) _____

Firma revisor:

Fecha de realización:

Anexo D. Formato de consentimiento informado de la Vicerrectoría de Investigaciones Unipamplona





Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Calle 71 # 200000 - 200000 - Tel: 320.7230 - www.unipamplona.edu.co

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES
COMITÉ DE ÉTICA E IMPACTO AMBIENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el marco de la ley y de la Constitución Nacional, yo _____ participante, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, hago constar que ANDREA PEDRAZA MENDOZA, estudiante de la Maestría en Paz, Desarrollo y Resolución de Conflictos de la Universidad de Pamplona, en calidad de investigadora principal, me informó sobre el objetivo principal del proyecto titulado: **"EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA (PDSP 2012 – 2021) EN VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN PAMPLONA"**, en el cual acepto participar voluntariamente, por lo tanto:

• He recibido la información de las actividades del proyecto de manera clara y precisa, las cuales son:

1. Realizar entrevistas semiestructuradas a los administradores de la política pública en salud y víctimas del conflicto armado interno de Pamplona para cumplir con los siguientes objetivos:
 - Identificar las formas de inclusión de las estrategias de atención de las víctimas del conflicto armado interno en el Plan de Desarrollo Municipal de Pamplona.
 - Conocer las percepciones de la población víctima del conflicto armado en cuanto a la accesibilidad y dificultades para hacer parte de los programas y servicios del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021).
 - Describir la gestión institucional para la obtención y distribución de recursos dirigidos a la atención de la población víctima incluida en el estudio para dar cumplimiento a las metas del Plan Decenal de Salud Pública.
 - Recomendar estrategias de comunicación interna y de divulgación dirigidas a las víctimas desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad bajo los parámetros del componente víctimas del conflicto armado interno del Plan Decenal de Salud.






Una universidad incluyente y comprometida con el desarrollo integral

ANEXO E. Formato de matriz de validación de la entrevista por los expertos**ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO
DEL MUNICIPIO DE PAMPLONA****CATEGORÍA 1. INCLUSIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD
PÚBLICA (2012 – 2021) EN EL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL**

En esta categoría se evalúa si el plan de desarrollo municipal incluye las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública

Pregunta	Pertinen- -te	No pertinen- -te	Observaciones
1. ¿Ustedes participaron en la construcción de los planes territoriales de salud?			
2. ¿Qué estrategias conocen del plan de desarrollo municipal para la atención de víctimas del conflicto armado en relación a posibilitarle a las víctimas el acceso a los servicios sanitarios?			
3. ¿Qué programas del Plan Decenal de Salud Pública conocen que se llevan a cabo en la región para atenderlos como víctimas del conflicto armado?			
4. ¿Cuáles son las formas en qué se lleva a cabo la atención de víctimas del conflicto armado en la región de acuerdo al Plan Decenal de Salud en el ámbito de salud ambiental			
5. ¿Cuáles son las formas en qué el plan decenal de salud se lleva a cabo en la región en cuanto a la atención de víctimas del conflicto armado en el ámbito de la salud ambiental?			
6. ¿Cuáles son las formas en qué el plan decenal de salud se lleva a cabo en la región en cuanto a la atención de víctimas del conflicto armado en el ámbito de seguridad alimentaria y nutricional?			
7. ¿Cuáles son las formas en qué el plan decenal de salud se lleva a cabo en la región en cuanto a la atención de víctimas del conflicto armado en el ámbito de Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos?			
8. ¿Cuáles son las formas en qué el plan decenal de salud se lleva a cabo en la región en cuanto a la atención de víctimas del conflicto armado en el ámbito de Vida saludable y enfermedades no transmisibles?			

9. ¿Cuáles son las formas en qué el plan decenal de salud se lleva a cabo en la región en cuanto a la atención de víctimas del conflicto armado en el ámbito de salud pública en emergencias y desastres?			
10. ¿Cuáles son las formas en qué el plan decenal de salud se lleva a cabo en la región en cuanto a la atención de víctimas del conflicto armado en el ámbito de vida saludable y condiciones trasmisibles?			
11. ¿Cuáles son las formas en qué el plan decenal de salud se lleva a cabo en la región en cuanto a la atención de víctimas del conflicto armado en el ámbito de salud y ámbito laboral?			
12. ¿De qué manera la administración pública les socializa los derechos y deberes contemplados en la justicia transicional en cuanto a salud en víctimas del conflicto armado en el municipio de Pamplona, teniendo en cuenta que es una de las estrategias del Plan Decenal de Salud?			
13. ¿Se les capacita a los líderes comunitarios y de las víctimas del conflicto armado sobre derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario para facilitar la verificación de la garantía de los derechos y favorezcan el acceso a servicios de salud con calidad a la población identificada como víctima del conflicto armado?			
14. ¿cuáles mecanismos conoce para la participación de los líderes comunitarios y de víctimas en los comités de vigilancia epidemiológica, comité de participación comunitaria y veedurías de salud?			

CATEGORÍA 2. GESTIÓN INSTITUCIONAL

En este apartado nos referimos por “gestión institucional” a las acciones o trámites que, junto con otros, se llevan a cabo para implementar el Plan Decenal de Salud Pública en el municipio estudiado en cuanto recursos financieros, instituciones, talento humano, infraestructura y tecnología.

Pregunta	Pertinente	No pertinente	Observaciones
1. ¿Qué instituciones conocen que posee el municipio para responder a sus demandas y necesidades de salud?			
2. ¿Conocen la manera en qué se fortalecen financieramente las instituciones que responden a sus demandas y necesidades de salud?			
3. ¿Qué tipo de personal (médicos, enfermeras, administrativos, abogados) conoce que el municipio posee para garantizar su atención en salud?			
4. ¿Conoce las maneras cómo se capacita al talento humano para responder a las demandas de salud de las víctimas del conflicto armado?			
¿Qué infraestructura y tecnología sanitaria conoce que tiene el municipio para garantizar el acceso a la salud de las víctimas del conflicto armado?			
5. ¿Conoce cuánto invierte el municipio en la adquisición de infraestructura y tecnología para garantizarles el acceso de salud a las víctimas del conflicto armado?			

CATEGORÍA 3. ACCESIBILIDAD Y BARRERAS DE LAS VÍCTIMAS PARA BENEFICIARSE DEL PLAN DECENAL DE SALUD

El objetivo de esta sección es conocer la accesibilidad y barreras de las víctimas para beneficiarse del Plan Decenal de Salud. Nos referimos a *accesibilidad* como a aquellas facilidades que tienen las víctimas para acceder a las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública, y como *barreras* a aquellos obstáculos que les impiden acceder a dichas estrategias.

Pregunta	Pertinente	No pertinente	Observaciones
La asistencia humanitaria se refiere a ayuda material y logística provista por razones humanitarias. Incluye la provisión de los bienes y servicios básicos como abrigo, agua potable, alimentación y atención sanitaria para garantizar la supervivencia de los afectados. La asistencia humanitaria normalmente solo incluye la ayuda a corto plazo después de un desastre o conflicto. De acuerdo con lo anterior, ¿Cómo considera que se les brinda el acceso a la asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado?			
2. ¿Cuáles son las barreras que les impiden acceder a los servicios de salud?			
3. ¿Cuáles son las oportunidades de acceso tienen a la atención en salud?			

Por favor lea el siguiente concepto y de acuerdo al mismo responda la pregunta al final del texto. Enfoque psicosocial Este enfoque contribuye a que las personas y comunidades puedan llevar una vida independiente y reconstruyan nuevamente su historia y su identidad ayudando a reducir los daños psicológicos y también los de la comunidad. En sí favorece que las personas y comunidades puedan superar en lo posible su pasado dentro del conflicto. Por favor lea el siguiente concepto y de acuerdo al mismo responda la pregunta al final del texto. Enfoque diferencial Este enfoque pretende dar un trato diferente a las personas según sus necesidades específicas. Por ejemplo, las necesidades de salud de un anciano son diferentes a las de un niño, por esta razón la atención en salud debe ser igualmente distinta para cada uno de ellos. 4. De acuerdo con el concepto anterior, ¿cómo considera que se incorpora el enfoque diferencial en la asistencia humanitaria que se les brinda?			
--	--	--	--

CATEGORÍA 4. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO (PAPSIVI)

El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado PAPSIVI constituye la línea técnica que le permite a los diferentes actores atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas ocasionados por o en relación con el conflicto armado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario (incluido en éste los sujetos de reparación colectiva), con el fin de mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades.

Pregunta	Pertinente	No pertinente	Observaciones
La ruta del programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las víctimas del conflicto armado define los mecanismos técnicos, administrativos y operativos de la atención			

integral en salud, para los actores del orden nacional y territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en orden a garantizar la prestación de servicios de salud gratuitos y con enfoque diferencial. Es decir, esta ruta consiste en qué usted conozca a quienes debe dirigirse y en qué orden para que lo atiendan y pueda recibir los servicios de salud. 1. Teniendo en cuenta lo anterior, ¿ Conoce cómo la administración municipal adecuó la ruta del programa de Atención Psicosocial y Salud Integral para las Víctimas del Conflicto Armado en su municipio?			
2. ¿Conoce cuáles son las etapas que conocen de la ruta de atención local del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado en su municipio?			
3. ¿Qué mecanismos utiliza la administración municipal para promover la ruta del programa de atención psicosocial y salud integral en las víctimas del conflicto armado?			
4. ¿Qué barreras les impiden recorrer la ruta del programa de atención psicosocial y salud integral			
5. ¿Qué se les facilita seguir dentro de la ruta del programa de atención psicosocial y salud integral?			

Datos sociodemográficos

Edad: _____

Sexo: _____

Estrato socio económico: _____

Ocupación: _____

Nivel de escolaridad _____

Lugar de procedencia: _____

Lugar de residencia: _____

Número de hijos _____

EPS (si tiene) _____

Firma revisor

Fecha de realización:

Anexo F. Formato de consentimiento informado de la Vicerrectoría de Investigaciones Unipamplona



Universidad de Pamplona
Barranquilla - Bogotá - Santander - Colombia
Tel: (5) 9993493 - 9993494 - 9993495 Fax: 9993753 - www.unipamplona.edu.co

Pamplona, 14 de Noviembre de 2019

Señora
Andrea Pedraza Mendoza
Estudiante Maestría en Paz, Desarrollo y Resolución de Conflictos
Universidad de Pamplona

Cordial saludo:

El Comité de Ética e Impacto Ambiental en Investigación de la Universidad de Pamplona, según acta N° 008 del día 13 de Noviembre de 2019, después de analizar la propuesta de investigación titulada **"Evaluación de la implementación de las estrategias del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012 – 2021) en víctimas del conflicto armado interno en el municipio de Pamplona que tiene como objetivo principal, evaluar la implementación de las estrategias del componente "víctimas del conflicto armado interno" del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012 – 2021) en población afectada por el conflicto armado interno colombiano en el municipio de Pamplona"**, concluye dar el aval, debido que cumple con los requisitos exigidos por este comité. De igual manera aprueba los protocolos y formatos de consentimiento informado presentados.

Agradezco la atención prestada.

Atentamente,


Oscar Eduardo Gualdrón Guerrero
 Vicerrector de Investigaciones
 Presidente Comité Ética e Impacto Ambiental en Investigaciones
Ing. Armando Rojas Restrepo






Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¿Que es el PRAIS? - Servicio Salud OHiggins. (n.d.). Retrieved October 10, 2021, from <https://www.saludohiggins.cl/que-es-el-prais/>
- Agudelo C, C. A. (1999). Desarrollo y salud. *Revista de Salud Pública*, 1(1), 17–28.
- Alcaldía de Pamplona. (2016). *Información del Municipio*. <http://pamplona-nortedesantander.gov.co/MiMunicipio/Paginas/Informacion-del-Municipio.aspx>
- Anaconda Hormiga, M. O. (2014). *Revisión documental del concepto “enfoque psicosocial” en atención a víctimas del conflicto armado colombiano particularidades y reflexiones para una acción sin daño*. 38. <http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/679/1/25480734.2014.pdf>
- Aravenal, P., & Inostroza, M. (2015). ¿Salud Pública o Privada? Los factores más importantes al evaluar el sistema de salud en Chile. *Revista Médica de Chile*, 244–251.
- Arnoletto, E. J. (2014). *Las Políticas Públicas - Eduardo Jorge Arnoletto*. <https://www.eumed.net/libros-gratis/2014/1402/#indice>
- Asturias Corporación Universitaria. (n.d.). *Implementación de las Políticas Públicas*.
- Bedoya, C. (2010). AMARTYA SEN Y EL DESARROLLO COMO LIBERTAD La viabilidad de una alternativa a las estrategias de promoción del desarrollo. *Desarrollo Econ*, 25(98), 259.
- Bertranou, J. (2019). El seguimiento y la evaluación de políticas públicas Modelos disponibles para producir. *Millcayac, Revista Digital de Ciencias Sociales*, VI, 151–188.
- Bonilla Castro, E., & Rodríguez Sehk, P. (1995). Más allá del dilema de los métodos. In *Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales* (pp. 47–103). Norma.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Prevalence of mental symptoms, possible cases and disorders in victims displaced by the internal armed conflict in Colombia: A systematic review | Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en si. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177–185. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.003>
- Campo-Arias, Adalberto, Ospino, A. C., Sanabria, A. R., Guerra, V. M., Caamaño, B. H., & Herazo, E. (2017). Frequência e variáveis associadas à estigma-discriminação percebido em vítimas do conflito armado colombiano. *Cadernos de Saude Publica*, 33(11), 11–16. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00001117>
- Capella, C. (2020). *Tutelas por salud en el 2019, según informe de la Defensoría del Pueblo - Salud*. El Tiempo. <https://www.eltiempo.com/salud/tutelas-por-salud-en-el-2019-segun-informe-de-la-defensoria-del-pueblo-521682>
- Cardona, L. R., Veloza, M. C., & Lopez, A. (2016). Acceso a servicios de salud por parte de desplazados víctimas del conflicto armado en Colombia. *Nuevo Derecho*, 12(19), 71–88. <http://revistas.iue.edu.co/index.php/nuevodercho/article/view/842>
- Carreño, A., Blukacz, A., Cabieses, B., & Jazanovich, D. (2020). “No one seems ready to hear what I’ve seen:” Mental health care for refugees and asylum seekers in Chile. *Salud Colectiva*, 16, 1–16. <https://doi.org/10.18294/SC.2020.3035>

- Casas, J. A. (1997). *SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO: escenarios y prioridades para el nuevo milenio*. 3–95.
https://udearoba.udea.edu.co/internos/pluginfile.php/927338/mod_resource/content/1/Salud-en-desarrollo-humano_doc357.pdf
- Castañó, G., Sierra, G., Sánchez, D., Torres, Y., Salas, C., & Buitrago, C. (2018). *Trastornos mentales y consumo de drogas en la población víctima del conflicto armado en tres ciudades de Colombia*. 77–92.
- Cepeda Pérez, A. (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. In *Artículo para optar por el título de Magister en Estudios y Gestión del Desarrollo* (Vol. 1).
- Claudia Mariela Alvarez Blas, & Chein, C. A. L. (2020). Estrategia del Programa de Reparaciones en salud mental: una aproximación a la acción del Estado peruano para garantizar derechos de víctimas de la violencia política. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Comisión de la Verdad. (n.d.). *Enfoque psicosocial - Comisión de la Verdad Colombia*. Enfoque Psicosocial. Retrieved July 31, 2021, from <https://comisiondelaverdad.co/en-los-territorios/enfoques/psicosocial>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (n.d.). *Acerca de Evaluación de políticas y programas públicos | Static Page | Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. Retrieved August 3, 2021, from <https://www.cepal.org/es/temas/evaluacion-de-politicas-y-programas/acerca-evaluacion-politicas-programas-publicos>
- Congreso. (1991). *Constitucion politica de colombia 1991 preambulo el pueblo de colombia*. 108.
- Congreso de la República. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. In *Ministerio de Salud y Protección Social*. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1448 de 2011*.
- Congreso de la República de Colombia. (2016). Ley 1801 de 2016. *Ley 1801 Del 29 de Julio de 2016 Congreso de Colombia*, 120. [secretariasenado.gov.co](https://www.secretariasenado.gov.co)
- Correa, L. F., Salcedo Serna, M. A., & Obando Cabezas, L. (2017). *La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública * Psychosocial care for armed conflict victims in public health locations*. 20(38), 382–397.
- Cravacuore, D., Ilari, S., & Villar, A. (2020). *La Articulación en la Gestión Municipal*. (Universidad Nacional de Quilmes (Ed.); Issue April).
https://www.researchgate.net/profile/Daniel-Cravacuore/publication/340607199_La_Articulacion_en_la_Gestion_Municipal/links/5e947f1d4585150839dad4f9/La-Articulacion-en-la-Gestion-Municipal.pdf
- Daniel, T. G. (2019). *Perfil de salud de las víctimas del conflicto armado colombiano*. Universidad de los Andes.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La Entrevista, Recurso Flexible y Dinámico-The interview, a Flexible and Dynamic Resource. *Investigación En Educación Médica*, 2(7), 162–167.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci_arttext

- Díaz-castro, L., Arredondo, A., Pelcastre-Villafuerte, B. E., & Hufty, M. (2017). Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México : una perspectiva de actores clave. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 305–312. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.001>
- Edo, M. (2002). *La viabilidad de una alternativa a las estrategias de promoción del desarrollo*.
- El Tiempo. (2017). *Capturan al Alcalde de Pamplona, en Norte de Santander, por peculado - Otras Ciudades - Colombia - EL TIEMPO.COM*. <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/capturan-al-alcalde-de-pamplona-en-norte-de-santander-por-peculado-144282>
- Escobar Diaz, F. A., Castillo Santana, P. T., Rodriguez Salazar, N. M., Quintero Cabezas, C. J., & Castañeda Orjuela, C. A. (2017). Experiencias departamentales en la construcción, divulgación y uso del análisis de situación de salud, Colombia 2016. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 368–373. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.62576>
- Feinstein, O., Ballart, X., Ligerio Lasa, J. A., Rein, M., Schon, D., Majone, G., Carden, F., Alkin, M. C., Vedung, E., Mayne, J., & Picciotto, R. (2016). La evaluación pragmática de las políticas públicas. In *La evaluación de políticas. Fundamentos conceptuales y analíticos*. <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/1008>
- Frenk, D. J. (1985). Sección a cargo del Centro de Investigaciones en Salud Pública. *Salud Pública de México*.
- Gutierrez-Aguado, A. (2017). *THE EVALUATION OF HEALTH PROGRAMS AND INTERVENTIONS WITHIN THE FRAMEWORK*. 34(3), 363–364. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.3139>
- Gutierrez, E. L., Piazza, M., Gutierrez-Aguado, A., Hajar, G., Carmona, G., Caballero, P., Reyes, N., Canelo, C., Aparco, J. P., Tejada, R. A., Bolaños-Díaz, R., Saravia, S., & Gozzer, E. (2016). Use of evidence in health policies and programs contributions of the instituto nacional de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(3), 580–584. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2308>
- Gutierrez Rojas, M. A. (2019). *Aproximaciones reflexivo-analíticas al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) a la luz del enfoque de Acción sin Daño*. Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (McGraw-Hill/Interamericana editores S.A (Ed.); Sexta).
- Jordans, M. J. D., Tol, W. A., Susanty, D., Ntamatumba, P., Luitelo, N. P., Komproe, I. H., & Jong, J. T. V. M. de. (2013). *Implementation of a Mental Health Care Package for Children in Areas of Armed Conflict: A Case Study from Burundi, Indonesia, Nepal, Sri Lanka y Sudan*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23335863/>
- Kliksberg, B. (2004). *Más ética, más desarrollo*. 324–330.
- La Opinión. (2015). *Pamplona es ejemplo en el país en atención a las víctimas | Noticias de Norte de Santander, Colombia y el mundo*. <https://www.laopinion.com.co/pamplona/pamplona-es-ejemplo-en-el-pais-en-atencion-las-victimas>
- López Camacho, M. E. (2018). *Análisis de la Implementación de la Política Pública de Víctimas*

- en el municipio de San Vicente del Caguan - Caquetá, alcances y limitaciones* (Issue 1). <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2014.05.023><https://doi.org/10.1016/j.gie.2018.04.013><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29451164><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5838726><http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2013.07.022>
- Lucero, P. (2010). Reflexiones latinoamericanas sobre investigación cualitativa. *Rlcsnj*, 8(1).
- Luis, J., Méndez, S., Ortiz, D., & Rounseville, M. (2017). *Colombia puede allanar el camino hacia la paz llevando justicia hasta las víctimas del conflicto*. 2011, 1–3.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(3), 613–619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Martínez, G. M., Montoya, A. C., & Franco-giraldo, Á. (2020). Modelos para el análisis de políticas públicas en salud reportados en publicaciones científicas. *Gaceta Sanitaria*, xx. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.11.007>
- Mas-pons, R., Barona-vilar, C., Ninyoles, G., & García, A. M. (2018). Salud en todas las políticas en la Comunitat Valenciana: pasos hacia la evaluación del impacto en salud. *Gaceta Sanitaria*, xx. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.002>
- Max-Neef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (1986a). Desarrollo a escala humana: opciones para el futuro. In *Biblioteca CF+S*. [http://www.unibague.edu.co/sitios/ecologia/Desarrollo a escala humana.pdf](http://www.unibague.edu.co/sitios/ecologia/Desarrollo%20a%20escala%20humana.pdf)
- Max-Neef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (1986b). Desarrollo a Escala Humana: una opción para el futuro. *Development Dialogue*. *Development Dialogue*, Número Especial, 99.
- Merino, M. (2010). Fundamentos de evaluación de políticas públicas. *Fudnamentos de Evaluación de Políticas Públicas*, 120. http://www.aeval.es/comun/pdf/evaluaciones/Fundamentos_de_evaluacion.pdf
- Ministerio de la Protección Social Colombia. (1993). *Ley 100 De 1993* (Vol. 53, Issue diciembre 23). https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=1319
- Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, & Universidad Tecnológica de Pereira. (2009). *Enfoque psicosocial en la atención a la población desplazada, confinada o en riesgo. Guía práctica para Alcaldes y Alcaldesas*. 24. https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=240-enfoque-psicosocial-en-la-atencion-a-la-poblacion-desplazada-confinada-o-en-riesgo&Itemid=688<http://www.paho.org/col/index.php?opt>
- Ministerio de Salud Colombia. (2020). *Resumen Ejecutivo Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - PAPSIVI FASE I Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales Oficina de Promoción Social*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. La salud en Colombia la construyes tú*. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/internacionales/CO0335_plan_decenal_salud_publica_2012-2021.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021*. <https://www.minvivienda.gov.co/sites/default/files/2020-08/plan-decenal-de-salud.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS). (n.d.). *Dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables*. Retrieved July 31, 2021, from <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/Dimension-gestion-diferencial-de-las-poblaciones-vulnerables.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS). (2017). *Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Documento-Marco-papsivi-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS). (2020). *Colombia sigue avanzando en la cobertura universal en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-sigue-avanzando-en-la-cobertura-universal-en-salud-.aspx>
- Ministerio del Interior y de Justicia. (2012). *Enfoque diferencial y étnico en la política pública de víctimas del conflicto armado*. https://gapv.mininterior.gov.co/sites/default/files/cartilla_enfoque_diferencial_fin_1.pdf
- Molina-Marín, G., Álvarez-Ochoa, P. A., & Oquendo-Lozano, T. (2014). La salud pública en la agenda de los gobiernos municipales de seis ciudades colombianas, periodos 2008-2011 y 2012-2015. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 56–79. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.spag>
- Molina Marín, G., & Cabrera Arana, G. (2008). *Políticas públicas en salud : aproximación a un análisis* (Facultad Nacional de Salud Pública “Hector Abad Gómez” - Universidad de Antioquía (Ed.)).
- Moreno Camacho, M. A., & Díaz Rico, M. E. (2016). Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *Agora U.S.B.*, 16(1), 193. <https://doi.org/10.21500/16578031.2172>
- Moreno Díaz, C. E., & Siachoque Jara, J. J. (2015). *Qué es el Plan Decenal de Salud Pública | Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos*. Así Vamos En Saud. <https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/noticias-especializadas/que-es-el-plan-decenal-de-salud-publica>
- Nebot, M., José, M., Ariza, C., Villalbí, J. R., & García-altés, A. (2011). Evaluación de la efectividad en salud pública : fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gaceta Sanitaria*, 25(Supl 1), 3–8. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(11\)70002-4](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(11)70002-4)
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades*.
- Olivares-Aising, D., & Barrera, M. D. V. (2019). Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 18(2). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1602>
- Olivares-aising, D., & Barrera, V. (2019). *Salud Mental Comunitaria : Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones Community Mental Health : Psychosocial teams and public policies in the intervention of people with addictions*. 18.
- ONU. (2018). Índices E Indicadores De Desarrollo Humano. *Programa de Las Naciones Unidas para El Desarrollo(PNUD)*, 1–123.

- http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update_es.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (n.d.). *Quiénes son víctimas en Colombia*. Retrieved August 3, 2021, from https://www.hchr.org.co/index.php/77-boletin/analisis/4441-quienes-son-victimas-en-colombia#_ftn4
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos* | Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *¿Cómo define la OMS la salud?* Preguntas Más Frecuentes. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2012). Salud, ambiente y desarrollo sostenible: hacia el futuro que queremos. In *seminarios de la OPS/OMS hacia Rio+20*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3472/Salud, ambiente y desarrollo sostenible hacia el futuro que queremos SDE.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3472/Salud,ambiente_y_desarrollo_sostenible_hacia_el_futuro_que_queremos_SDE.pdf)
- Paulina, T., Cuervo, M., Jackjaira, H., & Perea, Q. (2020). *Plan Psicosocial Estrategia Al Cuidado de los que Cuidan la Memoria del Centro Nacional de Memoria Histórica*.
- Peñaranda C., F., Bastidas A., M., Ramírez G., H., Lalinde A., M. I., Giraldo G., Y., & Echeverri M., S. (2002). El Programa de Crecimiento y Desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud. *El Programa de Crecimiento y Desarrollo: Otro Factor de Inequidad En El Sistema de Salud*, 20(1), 89–99.
- Pereira, A. L., Cardona, L. R., Cecilia, M., Morales, V., Patricia, C., & Forero, J. (2017). *Financiamiento y calidad de los servicios de salud para la población víctima de conflicto armado en Colombia Financing and quality of health care services for victims of armed conflict in Colombia*. 19(1), 34–39.
- Pla, M. (1999). El rigor en la investigación cualitativa. *Atención Primaria*, 24(5), 295–300. <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/3+Aten+Primaria+1999.El+Rigor+de+la+Investigaci%C3%B3n+Cualitativa.pdf>
- Preciado Ochoa, I. C. (2019). Una perspectiva crítica de las políticas públicas en salud: El caso del resguardo indígena Ticoya en la Amazonía colombiana. *Revista Internacional de Cooperación y Desarrollo*. <https://doi.org/10.21500/23825014.4016>
- Presidencia de la República, & Congreso Nacional. (2011). *Ley de víctimas y restitución de tierras* (Issue 10 junio).
- Prieto, J., & León, A. (2017). *El Alcalde de Pamplona fue víctima de su propio invento - La Silla Vacía*. <https://www.lasillavacia.com/historias/silla-nacional/el-alcalde-de-pamplona-fue-victima-de-su-propio-invento/>
- Rabarison, K. M., Bish, C. L., Massoudi, M. S., & Giles, W. H. (2015). *Economic evaluation enhances public health decision making*. 3(June), 1–5. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00164>
- Registro Único de Víctimas (RUV) | Unidad para las Víctimas*. (n.d.). Retrieved July 29, 2021, from <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
- Revuelta Vaquero, B. (2007). *La implementación de políticas públicas*. 21, 135–156. <https://www.redalyc.org/pdf/720/72001610.pdf>
- Rivadeneira Santa María, A. Á. (2020). *Seguimiento y evaluación de los planes estratégicos en*

el sector salud: estudio de caso, año 2018.

- Rodomiño, E. (2010). *Gestión institucional y su relación con la calidad del servicio en una institución educativa pública de Callao*. 1–79.
[http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/123456789/1149/1/2010_Elera_Gestión institucional y su relación con la calidad del](http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/123456789/1149/1/2010_Elera_Gestión%20institucional%20y%20su%20relación%20con%20la%20calidad%20del)
- Sen, A. (2000). Desarrollo y libertad Amartya Sen. *Desarrollo y Libertad*, 7.
http://www.palermo.edu/Archivos_content/2015/derecho/pobreza_multidimensional/bibliografia/Sesion1_doc1.pdf
- Sosa García, D., García Suárez, S. M., Ibarra Arencibia, M., Piñero Suárez, N., & Calzadilla Carrillo, Y. (2019). Indicadores de evaluación de impacto de promoción de salud para adultos mayores en atención primaria. *Lo*, 26(1), 14–27.
- Suárez, Ó., Fernández, A., Vallina, H., Aldasoro, E., & Cofiño, R. (2018). *Herramientas para una evaluación del impacto en salud de los programas de salud pública e intervenciones comunitarias con una perspectiva de equidad*. 32(6), 579–581.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.01.008>
- Tose Vergara, P. A., & Ortiz Ruiz, N. (2019). Análisis de política pública centrado en actores: violencia por conflicto armado y construcción de paz en el Cauca (2012-2014). *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 341–375.
- Unidad de Víctimas. (n.d.). *Atención Humanitaria | Unidad para las Víctimas*. Retrieved August 5, 2021, from <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/atencion-humanitaria/60142>