

**Análisis de las garantías del Sistema General de seguridad social en salud (SGSSS)
para las personas víctimas del conflicto armado en Colombia en la ciudad de Cúcuta
Norte de Santander a partir de la ley 1448 de 2011 (Ley de víctimas)**

José Sebastián Barrientos Caicedo

1.090.228.295

Manuel Andrés Bacca Guevara

1.093.787.282

Presentado a:

JURADOS

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD ARTES Y HUMANIDADES

PROGRAMA DERECHO

AMPLIACION VILLA DEL ROSARIO

2023

**Análisis de las garantías del Sistema General de seguridad social en salud (SGSSS)
para las personas víctimas del conflicto armado en Colombia en la ciudad de Cúcuta
Norte de Santander a partir de la ley 1448 de 2011 (Ley de víctimas)**

José Sebastián Barrientos Caicedo

1.090.228.295

Manuel Andrés Bacca Guevara

1.093.787.282

Presentado a:

JURADOS

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD ARTES Y HUMANIDADES

PROGRAMA DERECHO

AMPLIACION VILLA DEL ROSARIO

2023

Tabla de contenido

Introducción	5
Resumen.....	9
1.Planteamiento del Problema	11
Formulación del probl	11
Justificación.....	13
Objetivo General	14
Objetivos Específicos.....	14
2. Marco Referencial	15
2.1. Marco Teórico.....	15
2.1.1. El sistema de seguridad social en Colombia	15
2.1.1.1. <i>La seguridad social en salud</i>	15
2.1.1.2. <i>La seguridad social en salud para personas víctimas de la Violencia</i>	16
2.1.2. Víctimas de la violencia en Colombia.....	17
2.1.2.1. <i>La ley de victimas</i>	17
2.1.3. Políticas públicas de seguridad social en Colombia.....	18
2.1.3.1. <i>Políticas públicas de seguridad social en salud</i>	18
2.1.3.2. <i>Políticas en salud para víctimas del conflicto armado en Colombia</i>	19
2.2. Marco legal.....	20
3. Metodología	22
Tipo de investigación	22
Enfoque de investigación	22
Proceso de la investigación	23
Recolección de datos.....	23
Categorías.....	24
Fases de la investigación.....	24
4. Análisis y resultados 24	
Sesión 1. Legislación y políticas públicas relacionadas con el SGSSS para las personas víctimas de la violencia en el conflicto armado.....	28

Sesión 2. Particularidades sociales de las personas víctimas del conflicto armado residentes en Cúcuta Norte de Santander.....	36
Sesión 3. Políticas y servicios de seguridad social en salud disponibles para las personas víctimas del conflicto armado residentes en Cúcuta Norte de Santander.	38
Conclusiones	49

Índice de Figuras

Figura 1. Ruta de atención y reparación integral	31
Figura 2. Hechos victimizantes Cúcuta.	36

Índice de anexos

Anexo 1. Resultado Encuestas	55
Anexo 2. Entrevista	57
Anexo 3. Entrevista líder asociación de víctimas del conflicto Norte de Santander.....	60
Anexo 4. Consentimiento informado.	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 5. Cifras unidad d victimas	62

Introducción

La salud es un derecho fundamental en conexión con el derecho a la vida, por lo que el Estado es responsable de concebir legislaciones y políticas que favorezcan a los colombianos en cuanto a la garantía de sus derechos, más aún cuando se trata de población vulnerable como son las víctimas del conflicto armado. En Colombia existe protocolo¹ de atención a las víctimas denominado PAPSIVI, el cual 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. Sin embargo, aun cuando la cobertura en salud es amplia en Colombia, casi del 100% el problema son los servicios y la no adaptación del sistema de salud a las necesidades básicas de esta población, y así lo expresan las víctimas.

Por esta razón, con el presente artículo se pretendió elaborar un análisis de las garantías del sistema general de seguridad social en salud para las personas víctimas del conflicto armado en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, a partir de la ley 1448 de 2011 (Ley de víctimas), partiendo de una investigación documental revisando legislación, políticas públicas y estudios de otros actores. Además, se tiene en cuenta fuentes primarias como especialistas en el tema, líderes, funcionarios y encuesta a víctimas en Cúcuta Norte de Santander.

Por lo anterior, este trabajo caracteriza la legislación y políticas públicas relacionadas con el SGSSS para las personas víctimas de la violencia en el conflicto armado, conforme a lo establecido en la ley 1448 de 2011, en pro de determinar las particularidades sociales de las personas víctimas del conflicto armado residentes en Cúcuta, Norte de Santander. Así mismo, se identifica las

¹ El Protocolo de Atención Integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado; se define como “el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial.

políticas y servicios de seguridad social en salud disponibles para las personas víctimas del conflicto armado.

Por lo que, después de la revisión documental y recolección de datos pasar al análisis y resultados que se dividió en tres sesiones en las cuales en la primera se caracteriza la legislación y políticas públicas relacionadas con el SGSSS para las personas víctimas de la violencia en el conflicto armado, a partir de la ley 1448 de 2011, en la segunda se determinan las particularidades sociales de las personas víctimas del conflicto armado residentes en Cúcuta Norte de Santander y por último, se identifican las políticas y servicios de seguridad social en salud disponibles para las personas víctimas del conflicto armado residentes en Cúcuta Norte de Santander.

De esta manera se concluye que aun cuando la legislación es amplia, los comités son variados, las políticas públicas y protocolos existen; las garantías relacionadas con salud no son cumplidas desde lo biológico hasta lo psicosocial, puesto que aparte de ser un país con medicina curativa y no preventiva, de hacer legislación y políticas que no se acercan a la realidad de las personas vulnerables y de ser un país de procedimientos exhaustivos y cansados en la gestión de salud.

La no asistencia a los servicios de salud por parte de las personas víctimas del conflicto armado manifestando falta de recursos y la estrecha relación del hecho victimizante y la aparición de enfermedades relacionadas con la situación vivenciada, lo que vulnera todos sus derechos.

Por lo que debe existir un modelo de atención diferencial verdadero que garantice un real acceso a los servicios de salud, debido a que las personas presentan las mismas barreras del sistema de salud establecidas en la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios. Todo lo anterior debe ir acompañado de políticas públicas claras y conducentes en los temas de inserción laboral, vivienda digna, educación y capacitación, que garanticen una adecuada calidad de vida y que garanticen su salud.

Resumen

Este trabajo contiene un análisis de las garantías de salud existentes en Colombia y especialmente en Cúcuta Norte de Santander donde se revisan legislación, políticas públicas desde la atención a víctimas del conflicto armado interno, la caracterización de las mismas, las particularidades de las víctimas en Cúcuta y en general, las garantías del sistema general de seguridad social en salud para las personas víctimas de la violencia en la ciudad de Cúcuta Norte de Santander a partir de la ley 1448 de 2011.

De esta manera con una revisión documental y recolección de datos de fuentes primarias se analiza el PAPSIVI y otras políticas de salud para víctimas y se encuentra que hasta el momento han resultado deficientes, principalmente por falta de recursos y desfase con la realidad de las necesidades de estas personas.

Palabras Claves: Víctimas del conflicto armado, Sistema de salud, seguridad social, Políticas públicas.

Abstract

This work contains an analysis of the existing health guarantees in Colombia and especially in Cucuta Norte de Santander where legislation, public policies are reviewed from the attention to victims of the internal armed conflict, their characterization, the particularities of the victims in Cucuta and in general, the guarantees of the general social security health system for victims of violence in the city of Cúcuta Norte de Santander as of Law 448 of 2011.

In this way, with a documentary review and data collection from primary sources, the PAPSIVI and other health policies for victims are analyzed and it is found that up to now they have been deficient, mainly due to lack of resources and a gap with the reality of the needs of this people.

Keywords: Victims of the armed conflict, Health system, social security, Public policies.

1. Planteamiento del Problema

Formulación del problema.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia ha sido considerablemente reprochado, pues si bien se ha ampliado su cobertura en los últimos años, se siguen vulnerando los derechos a la salud y a la vida a los ciudadanos colombianos y especialmente a las personas vulnerables como las víctimas del conflicto armado, por la mala prestación del servicio.

Esto se agrava cuando vemos que el conflicto armado interno en Colombia ha generado consecuencias en diferentes niveles y sectores del país, afectando e involucrando a la población civil en la confrontación armada.

Actualmente, según Min Salud (2020) "el Registro Único de Víctimas cuenta con 8.347.566 víctimas registradas, de las cuales 8.048.252 son víctimas del conflicto armado, 299.314 son víctimas de sentencias y 6.358.2293 sujetas a medidas de asistencia y reparación"(p.2). Por otro lado, en Norte de Santander, 142.051 víctimas han sido relacionadas en el Registro Único de Víctimas (RUV) (Equipo Local de Coordinación, 2020)

Los habitantes de las regiones donde existió o existe actualmente enfrentamiento armado están en constante peligro y expuestos a graves violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario, lo que ha generado daños y afectaciones a la salud física, mental y psicosocial de personas, familias y comunidades. Sin embargo, esta no es la única consecuencia derivada del conflicto armado, también se ha evidenciado, en la mayoría de los casos, que la población presenta dificultades en términos de acceso a servicios de salud, saneamiento básico y educación, entre otros (International Crisis Group, 2006, MinSalud, 2020).

La obligación estatal de proteger los derechos de la población víctima, incluido su derecho a la salud, fue reconocida con la aprobación de la Ley 387 de 1997, la Ley 100 de 1993 y Ley de Víctimas. Sin embargo, existen grandes dificultades para hacerla aplicable, convirtiéndose la acción de tutela en el

mecanismo utilizado para garantizar el derecho al acceso a los servicios de salud.

Así mismo, existen problemas como desinformación sobre rutas de atención, trámites para atención y rigurosidad del sistema para la implementación de las políticas, dificultades en el acceso geográfico, económico y organizacional y suministro de medicamentos.

Se suma al desconocimiento de los protocolos de atención con enfoque diferencial por parte de los trabajadores de salud, la no afiliación a seguridad social, y el inadecuado sistema de financiación con que cuentan las entidades. La falta de voluntad política nacional y local incrementan la vulneración de los derechos de la población víctima del conflicto armado (Pereira, 2017).

Aun cuando la ley 1448 de 2011, estableció las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno (VCA) y reconoció el derecho que tienen a la verdad, a ser reparadas en el daño sufrido, con la indemnización y las medidas para la rehabilitación física y psicológica, la reparación simbólica y la restitución de tierras, a recibir justicia y el derecho a no repetición de los hechos victimizantes y su vigencia se extendía por diez años, siendo prorrogada por el mismo período de tiempo por la ley 2078 de 2021, hasta el momento no existen evidencias que puedan demostrar que estos objetivos se hayan cumplido.

Por otra parte, las víctimas además cuentan con una Política Nacional de Atención y Reparación Integral aprobada mediante CONPES 4031 -2021, cuyo objetivo se dirige al acceso de las VCA a las medidas de prevención, protección, atención, asistencia y reparación (DNP, 2021)

Además de la firma del Acuerdo Final para la terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, se establecen condiciones constitucionalmente vinculantes que implican en la organización territorial del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, se armonicen acciones e insumos para las víctimas desde la salud pública, que establece la centralidad de las víctimas y la actuación alineada del Estado (DNP, 2021)

El 14 de junio de 2022 se expidió la resolución No. 1035 de 2022, mediante la cual se adopta el plan decenal de salud pública 2022-2031, el cual contienen un capítulo diferencial de población víctima de conflicto armado, el capítulo 9 específicamente, donde se estudian los componentes estratégicos de una manera diferencial para la atención en salud de las víctimas del conflicto armado. Frente a la atención en salud, existe una brecha entre lo planteado en la norma vigente, ley 387/97, Sentencia T025/04, Decreto 32/2011, ley de víctimas 1448 de 2011, y la atención que se ofrece, debido a las particularidades que presentan en las enfermedades las personas víctimas del conflicto armado (Orjuela, 2017), por lo que la población víctima del conflicto, no tienen una asistencia a servicios de salud diferenciada del resto de los colombianos, es decir, si bien hay un reconocimiento e identificación de la población, no hay un concreto seguimiento psicológico o psiquiátrico, que incrementa la falta de eficacia y calidad de los servicios de salud, revictimizando a las personas involucradas.

En atención a lo anterior, se hace necesario preguntarse:

¿ Se cumplen las garantías del sistema general de seguridad social en salud para las personas víctimas de la violencia en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, a partir de la ley 1448 de 2011?

Justificación

El conflicto armado en Colombia ha tenido una duración de más de 60 años en los cuales las víctimas de la violencia armada, han tenido que emigrar de sus territorios, perder familiares a manos de la guerra, entre otros tantos hechos victimizantes que han tenido que sufrir, esto ha causado que su salud sea afectada principalmente desde lo psíquico y su salud física, haciendo necesario que el enfoque diferencial en salud no sea solo en documentos o normativas.

Conforme al Registro Único de Víctimas (RUV), a partir del 1 de octubre de 2019, el 18% de la población colombiana había sido víctima del conflicto armado lo que hace que la salud de esta población se vea afectada por la experiencia directa de hechos traumáticos de la violencia a la que se ven expuestos (Tobon- Garcia, 2019)

Por otra parte, experimentan efectos indirectos del conflicto armado, entre ellos: aumento de las barreras para acceder a servicios de salud, educación y trabajo, el desplazamiento forzado, los ataques a la misión médica, las restricciones a la movilidad, el desabastecimiento de insumos médicos y la disminución en la oferta de servicios de salud. Estos deterioros se evidencian en aumentos de enfermedades crónicas, de trastornos mentales de violencia basada en género y complicaciones en el embarazo y parto, entre otros desenlaces en salud (Tobon- Garcia, 2019)

A pesar que el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, materializa su visión a 2031, a través del logro de cuatro grandes fines: avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, mediante la acción intersectorial y de la sociedad en su conjunto para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, y que podría decirse que estos objetivos han estado vigentes desde 2011 con la ley de víctimas, no parece avanzarse, por lo que es necesario revisar que pasa con las disposiciones y políticas públicas que pintan el sistema como diferencial y con una protección para estas personas.

Objetivo General

Analizar las garantías del sistema general de seguridad social en salud para las personas víctimas de la violencia en el conflicto armado, en la ciudad de Cúcuta Norte de Santander, a partir de la ley 1448 de 2011 (Ley de víctimas)

Objetivos Específicos

1. Caracterizar la legislación y políticas públicas relacionadas con el SGSSS para las personas víctimas de la violencia en el conflicto armado, a partir de la ley 1448 de 2011
2. Determinar las particularidades sociales de las personas víctimas del conflicto armado residentes en Cúcuta Norte de Santander
3. Identificar las políticas y servicios de seguridad social en salud disponibles para las personas víctimas del conflicto armado.

4. Marco Referencial

2.1. Marco Teórico

Es necesario para cualquier investigación realizar una revisión de bibliografía donde se puede sentar una base teórica para partir a conceptualizar y teorizar el tema.

En el presente estudio debe dejarse claro tres categorías como son: 1) Garantías del Sistema General de seguridad social en salud (SGSSS) para las personas víctimas del conflicto armado en Colombia en la ciudad de Cúcuta Norte de Santander a partir de la ley 1448 de 2011 (Ley de víctimas) 2) Víctimas del conflicto armado en Colombia 3) Políticas públicas de seguridad social en Colombia.

Este marco teórico permitirá conocer la definiciones y estructura de algunas palabras, además de reconocer las teorías y normatividad que existe sobre el tema hasta el momento, lo que hará que se utilicen de manera repetida como son Seguridad social, salud, Servicio en salud, víctimas del conflicto armado, políticas públicas en seguridad social. De lo general a lo particular para poder tener una base teórica que permita desarrollar suficientemente el tema.

2.1.1. El sistema de seguridad social en Colombia

La seguridad social en salud

Colombia, cuenta con un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) concebido desde el año 1993, que pretende alcanzar una mejor cobertura, calidad en la atención y equidad; se define desde los principios de integralidad, universalidad, solidaridad, cobertura e igualdad (Mera-Urbano, Sotelo-Daza, & Arias-Gordillo, 2022)

Respecto a la dimensión de salud, si bien ya no hay brechas significativas en afiliación entre la zona rural y la urbana, existen grandes diferencias en

acceso, uso y calidad de los servicios entre cabeceras y población dispersa (Duque- Quintero & Duque. Quintero, 2016)

De esta manera, el SGSSS definió actores, como las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entre las cuales, se celebran contrataciones para la prestación de servicios de salud, desde una lógica del mercado. La función de rectoría, así como de vigilancia y control, continúa a cargo del Estado (Mera-Urbano, Sotelo-Daza, & Arias-Gordillo, 2022)

La seguridad social en salud para personas víctimas de la Violencia

En numerosas ocasiones la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha condenado al Estado colombiano por su responsabilidad en graves violaciones a los 7 derechos humanos con ocasión del conflicto armado interno. En el marco de tales sentencias, una de las órdenes de reparación recurrente es el establecimiento de tratamientos médicos y psicológicos para reducir los padecimientos físicos y psíquicos de las víctimas del conflicto armado, sus familiares y las redes de apoyo que las acompañan (Corporacion Vinculos, 2016)

La Ley 1448 de 2011 fija una nueva institucionalidad y un sistema de atención a las víctimas del conflicto armado que involucra al Gobierno Nacional, a las entidades territoriales y a los organismos de control y propugna por la participación efectiva de las víctimas en la formulación, ejecución, seguimiento y control de las políticas que las cobijan. Dentro de las medidas de asistencia y atención a las víctimas, dicha ley establece medidas en materia de salud¹, como son, la actualización del plan obligatorio de salud -POS, la garantía de la cobertura universal de la asistencia en salud a las víctimas, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, de acuerdo con las competencias y responsabilidades de los actores del sistema, en armonía con la Ley 1438 de 2011 y además amplía la gratuidad hasta el nivel 2 de SISBEN para la población víctima del conflicto armado (Min Salud M. d., 2013)

2.1.2. Víctimas de la violencia en Colombia

Colombia tiene un conflicto armado interno de seis décadas de duración que ha generado 8,9 millones de víctimas, más de 260.000 muertes y ha causado que más de 7,5 millones de personas se vean enfrentadas a situaciones de desplazamiento forzado, ubicando a Colombia como el segundo país con mayor cantidad de desplazados internos del mundo, después de Siria. Sin embargo, este conflicto ha afectado al país de manera desigual y la población más afectada ha sido la más excluida y desatendida, quienes han experimentado efectos negativos importantes en su salud y bienestar (Tobon-Garcia, 2019)

La ley de víctimas

El modelo de justicia transicional se viene implementando en Colombia desde la Ley 975 de 2005, más conocida como Ley de Justicia y Paz y el Acto Legislativo 001 de 2012, mejor conocido como Marco Jurídico para la Paz. El Modelo de Justicia Transicional debe incorporar, como el colombiano, todos aquellos mecanismos asociados con los intentos de nuestra sociedad por garantizar que los responsables de las violaciones a los derechos humanos rindan cuentas de sus actos, se satisfagan los derechos a la justicia, la verdad y la reparación integral a las víctimas, se lleven a cabo las reformas institucionales necesarias para la no repetición de los hechos y la desarticulación de las estructuras armadas ilegales, con el fin último de lograr la reconciliación nacional y la paz duradera y sostenible (Ramirez & Sora, 2013)

Por primera vez en la historia de Colombia se expide una Ley exclusivamente dirigida a las víctimas del conflicto, con el fin de hacer efectivo su derecho a la reparación.

La Ley de Víctimas y Restitución de Tierras toma gran relevancia en dos aspectos: por un lado, para que Colombia cumpla con su deber internacional de reparar a las víctimas del conflicto armado y, por otro, proyecta la creación de un escenario de respeto hacia los estándares internacionales de derechos humanos, situación que es favorable para la inserción del país en el sistema internacional como un actor político relevante respetuoso de las normas. En

ese sentido, la ley, además, permite una mejor adecuación de la legislación interna con los regímenes internacionales de DDHH y de DIH (Valdivieso, 2012)

La ley 418 de 1997 (Sena

do de la Republica, 1997) brinda los elementos para la búsqueda de la convivencia la eficacia y la justicia, en el título 2, versa sobre la atención a las víctimas de hechos violentos en el marco del conflicto armado, para las cuales se crearon unas agencias encaminadas a atender a la población víctima de afectaciones en su persona o en su forma de vida, en formas que principalmente buscaban una compensación económica a quienes pudieran demostrar haber sufrido afectaciones por ocasión de combates, masacres o desplazamiento forzado, es de aclarar que esta ley no se enmarca en ningún proceso de paz y es básicamente una iniciativa gubernamental que buscaba brindar ciertos beneficios a los combatientes de las guerrillas que depusieran las armas, por lo cual no contempla la aplicación de penas o la búsqueda de la verdad como derecho de las víctimas.

Siguiendo lo planteado por Roth (2002) se pudo determinar que la implementación de la política pública de atención a las víctimas en el marco de la ley 418 de 1997 se produjo principalmente en un enfoque *top down* en la medida en que las decisiones estuvieron en cabeza del estado y sus diversas organizaciones sin tener en cuenta de manera directa la percepción de la población afectada, no obstante, en su etapa de implementación se pudo decir que esta tuvo un enfoque mixto, gracias al mecanismo de tutela en la medida en que se tuvo en cuenta a la población afectada.

2.1.3. Políticas públicas de seguridad social en Colombia

Políticas públicas de seguridad social en salud

El Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, define la política en salud que recibirá a la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás

entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones (Min Salud, 2020)

Se cuenta en Colombia con un modelo integral de atención en salud, por lo menos de manera escrita; donde se debe incluir el cuidado, la diferenciación, la tensión primaria en salud, donde su finalidad es mejorar y preservar el Estado de la salud de la población, con el principio orientador como es la humanización; esto es lo que muestra el Ministerio de Salud en su política de SGSSS.

Políticas en salud para víctimas del conflicto armado en Colombia

La persona víctima y sus derechos han sido objeto de reflexión en diversos estudios: Toda persona, pueblo y comunidad como sujetos colectivos y sus integrantes individualmente considerados quienes han sufrido daños como consecuencia de las violaciones a los derechos fundamentales, crímenes de lesa humanidad o infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH), por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1988 en el marco del conflicto armado interno, afectando su integridad física y emocional. A nivel físico se considera que la salud es uno de los derechos prioritarios que de acuerdo con la Ley 4633 de 2011 contempla el goce de medidas especiales de atención, reparación y protección individual y colectiva de las víctimas, lo cual debe ser libre de todo trato discriminatorio y revictimización, se establecen mecanismos por parte del Estado y entidades de salud, quienes deben conocer y manejar de forma adecuada las rutas de atención en salud a víctimas y hacer el acompañamiento que ellos requieran en beneficio de su calidad de vida y salud en sus diversos ámbitos (Casanova, 2020)

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

deberá observar lo principios consagrados en el la Ley de Víctimas (Casanova, 2020)

El enfoque diferencial, de acuerdo a lo expuesto por la Unidad de Víctimas es “el reconocimiento de que hay poblaciones que por sus características particulares, en razón de su edad, género, orientación sexual, grupo étnico y situación de discapacidad, deben recibir un tratamiento especial en materia de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral”. De esta manera se considera que, en el tema de reparación a víctimas, existen enfoques diferenciales de acuerdo a las poblaciones: pueblos indígenas, comunidades negras y comunidades rom, niños, niñas y adolescentes, mujeres, hombres, personas con discapacidad, entre otras (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004) (MinSalud, 2020)

2.2. Marco legal

En Colombia, se han creado leyes que reglamentan el sistema de seguridad social en salud y se han expedido leyes que germinan con el interés de desplegar instituciones jurídicas que contribuyan a los procesos de paz, soportando legalmente los acuerdos humanitarios implementados por iniciativa del gobierno, como son la atención en salud de víctimas del conflicto armado por lo cual se hará mención de las siguientes normas que han sido de mayor trascendencia para la reconciliación nacional en la última década:

Ley 100 de 1993

Que compone el Sistema de Seguridad Social Integral que 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.

La Ley 100 de 1993 creó el "Sistema General de la Seguridad Social Integral", el cual se compone de los siguientes subsistemas: Pensiones, Salud, Riesgos Profesionales y Servicios Sociales complementarios.

Resolución 429 de 2016, que traza la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), estableciendo un marco estratégico y otro operativo, en busca de acrecentar capacidades

Ley 387 de 1997. por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia.

Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria en salud, por medio de la cual “se regula el derecho fundamental a la salud”, se obliga al Estado a organizar un sistema coordinado y armónico y garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Resolución 429 de 2016, que traza la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), estableciendo un marco estratégico y otro operativo, en busca de articular los actores de la salud y en donde su propósito es alcanzar las mejores condiciones de salud de la población

Ley de Víctimas: Ley 1448 de 2011 y los decretos con fuerza de ley 4634 y 4635 de 2011 y sus decretos reglamentarios 4800 y 4829 de 2011 donde se avanza en el reconocimiento del derecho a la reparación, al incluir medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, manteniendo en el Estado colombiano la responsabilidad de garantizar que esta reparación sea satisfecha de manera integral (Ley 1448, 2011)

Se complementa con las medidas de asistencia y rehabilitación en salud ley 1448 de 2011: estableció la política para la prevención, protección, atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y el Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial para las personas víctimas del conflicto armado en Colombia.

3. Metodología

Tipo de investigación

El tipo de investigación manejado en el proceso de este estudio es el descriptivo, con un diseño jurídico básico en el que se acopió directamente de la realidad aquellos hechos objeto de estudio.

Se trabajaron fuentes primarias como la narrativa de los entrevistados y los datos de los encuestados para caracterizar esta población y las fuentes secundarias tomadas de la teoría existente en estudios anteriores.

Enfoque de investigación

El enfoque utilizado en esta investigación fue de carácter cualitativo. En sentido amplio, puede definirse la metodología cualitativa como la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (Quecedo & Castaño, 2002)

Taylor, S.J. y Bogdan R.(1986), sintetizan los criterios definitorios de los estudios cualitativos de la siguiente manera:

1. La investigación cualitativa es inductiva:
2. Siguen un diseño de investigación
3. Las personas, los contextos o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo
4. Estudia a las personas en el contexto de su pasado y en las situaciones en las que se hallan.
5. Es sensible a los efectos que el investigador causa a las personas que son el objeto de su estudio
6. Interactúan con los informantes de un modo natural.
7. Aunque no pueden eliminar su influencia en las personas que estudian, tratan de controlarla y reducirla al mínimo.
8. En la observación tratan de no interferir en la estructura

9. En las entrevistas en profundidad, siguen el modelo de una conversación normal, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas.
10. El investigador cualitativo trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas:
11. Trata de identificarse con las personas que estudia para comprender cómo experimentan la realidad.
12. El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones
13. Todas las perspectivas son valiosas
14. Los métodos cualitativos son humanistas (Quecedo & Castaño, 2002)

Proceso de la investigación

Se realizó una revisión sistemática de literatura jurídica respecto al tema, así como un análisis doctrinal y jurisprudencial, además de un análisis comparado sobre la legislación objeto de estudio.

El análisis de la normatividad en los ámbitos nacional e internacional es de tipo hermenéutico.

Recolección de datos

Se emplearon métodos cualitativos como son: La entrevista semiestructurada a especialistas; es decir personas que trabajan como servidores públicos o en entidades como ONG o fundaciones que están directamente relacionados con las víctimas del conflicto armado de carácter nacional y regional y que conocen sus diferentes procesos, la encuesta a víctimas que aportaran los datos demográficos y particulares de esta población en Cúcuta y que aporte sus particularidades, además de la revisión Bibliográfica y jurisprudencial, y los datos estatales y estudios de entidades gubernamentales e internacionales, además de un grupo focal dirigido a una muestra de la población víctima de la violencia en Cúcuta Norte de Santander.

Categorías

Las categorías estarán conformadas por:

Categoría 1. SGSSS

Categoría 2. Víctimas del conflicto armado

Categoría 3. Políticas públicas de seguridad social en salud.

Fases de la investigación

El proceso de investigación consta de etapas mediante las cuales se desarrolla el estudio, hasta llegar a unas conclusiones y un informe final.

Etapas 1. Pre estudio y revisión bibliográfica

Etapas 2. Planteamiento de objetivos.

Etapas 3. Recolección de información

Etapas 4. Análisis de información

Etapas 5. Resultados.

Etapas 6. Informe final

Análisis y resultados

En la presente investigación se trabajaron dos instrumentos de recolección de fuentes primarias como son las entrevistas a especialista o funcionarios públicos que conocen y manejan el tema; que en este caso fue un funcionario de la personería municipal de Cúcuta, el delegado de víctimas en el ministerio del interior y un Profesional Administrativo y de Gestión, supervisor de vigilancia y control de gestión de representantes judiciales de víctimas; además de una encuesta abierta a una líder de asociación de mujeres víctimas en Cúcuta; la encuesta a una porción de la población víctima de la violencia con una muestra de oportunidad o por conveniencia que en este caso fueron 60 personas y la revisión de literatura jurídica y teórica con respecto a las políticas relacionadas con la parte laboral y garantías de seguridad para las víctimas de conflicto interno armado, así como la caracterización existente en Colombia a partir de la ley y la realidad.

La ruta de seguridad social para víctimas del conflicto armado es manejada en Cúcuta únicamente por la unidad de víctimas, ya que aun cuando existen ONG como CARE, Fundación Progresar, Paho ORG, Indepaz, Corporación vínculos, entre otros, están más dirigidas a acompañar iniciativas de organizaciones sociales, étnicas y de jóvenes en la relación con empresas y macroproyectos, proveer inversión en proyectos productivos, violencia intrafamiliar, protección a la mujer y a los derechos de los menores víctimas, De la misma manera se tienen en cuenta los datos aportados por los informes oficiales sobre víctimas en Colombia.

Además, se cuenta con una Mesa de Participación Efectiva de Víctimas, pero esta se relaciona más con las reparaciones, vigilancia de recursos par tierras entre otros aspectos de reparación y las asociaciones de víctimas centran sus esfuerzos en la reparación económica, ayudas del Estado de carácter económico, violencia contra la mujer y el niño y vivienda.

Y los esquemas y protocolos están de acuerdo a lo establecido en la Ley 1448 de 2011, lo descrito en los documentos CONPES 3712 de 2011 y 3726 de 2012 y lo establecido en el Artículo 2.2.1.2 del Decreto 1084 de 2015, por el cual se expide el Decreto único reglamentario del sector de inclusión social y reconciliación. Estas herramientas tienen un carácter complementario entre sí, teniendo en cuenta que buscan definir una lógica de intervención de las acciones institucionales apuntando a la reparación integral de las víctimas del conflicto armado.

Este capítulo de desarrolla en tres sesiones en las cuales se caracteriza la legislación y políticas públicas relacionadas con el SGSSS para las personas víctimas de la violencia en el conflicto armado, a partir de la ley 1448 de 2011, se determinan las particularidades sociales de las personas víctimas del conflicto armado residentes en Cúcuta Norte de Santander y por ultimo identificar las políticas y servicios de seguridad social en salud disponibles para las personas víctimas del conflicto armado residentes en Cúcuta Norte de Santander.

Es importante decir que la población víctima de la Violencia del conflicto armado en cualquiera de sus modalidades o hecho victimizante que viven en

Cúcuta Norte de Santander son personas que no les gusta dar entrevistas o hablar acerca del tema, tienen miedo y no consideran que los estudios académicos puedan cambiar en algo su situación por lo que no fue fácil conseguir una muestra significativa acerca del tema, pero sin embargo en dos actividades del gobierno con víctimas del conflicto armado en Cúcuta y Pamplona se pudieron encuestar 60 personas que contaron su realidad acerca de la seguridad social en salud con la que se cuenta.

En estas actividades se ve movimiento con respecto a derechos de la mujer y especialmente educación para los niños, pero no se da una afluencia de actividades en las cuales se trate el derecho a la salud y las garantías de seguridad social en salud, cuando a las personas se les habla de seguridad social, ellos lo asocian más con que no tienen trabajo y que sus derechos laborales son escasos por lo tanto el servicio de salud no es bueno, lo que se logró evidenciar en charlas con algunos de ellos es que consideran que aunque tienen régimen subsidiado en salud no es lo mismo que contar con el contributivo y tener un buen trabajo para garantizarse una pensión o un servicio de salud mejor, por lo que las encuestas se incluyeron preguntas con respecto a las oportunidades laborales.

Por otro lado, es importante recordar que en Cúcuta habitan en la actualidad más 149.644 víctimas del conflicto armado a corte de mayo 2023². Debido a su cercanía con el Catatumbo, la capital de Norte de Santander es una ciudad receptora de un buen número de personas afectadas por la violencia del conflicto armado, personas que a nivel municipal son atendidas en el Centro Regional de Atención a las Víctimas (CRAV), donde se reúne toda la oferta institucional de la Alcaldía de Cúcuta, así como funcionarios de la Unidad para las Víctimas y entidades nacionales como el SENA y la Registraduría, para brindar un servicio en orientación, acompañamiento y asesoría; sin embargo, las víctimas no están muy relacionadas con información acerca de estas entidades y la mayoría de las veces no saben a dónde acudir para pedir la garantía de sus derechos, lo que se evidencia con las encuestas realizadas.

2 Cifras de RUV. Disponible en <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Cifras/#!/hechos>

Norte de Santander, de acuerdo con el Registro Único de Víctimas (RUV) cuenta al 31 de mayo de 2020 con 260.990 víctimas, de las cuales 225.541 son sujetos de atención y/o reparación. Es decir que corresponden al 16 por ciento de una población que supera el millón seiscientas mil personas.

Algunas personas como los líderes de asociación de víctimas entrevistados, manifiestan incluso que no saben de proyecto, beneficios, indemnizaciones y que la gran mayoría tienen una brecha digital importante que no les permite acceder a convocatorias de empleo, o servicios de salud como sacar citas, ver exámenes e incluso hacer llamadas para sacar cita con especialistas e incluso sacar copias de documentos ya que se estado económico es precario.

La señora que lidera una asociación de mujeres víctimas del conflicto armado en Cúcuta y que fue entrevistada³, es tajante es manifestar que el sistema de salud no se adapta a estas personas vulnerables y deben haber cambios.

Se encontró también que en el Centro Regional De Atención a Las Víctimas⁴

(CRAV) las personas que deseen vincularse al Sisbén pueden hacerlo en sus instalaciones para obtener beneficios, pero muchos no lo saben y acuden a otras entidades que no les dan razón de las diligencias o ruta que deben tomar y cómo lo manifiesta la líder de la asociación el problema es la brecha digital y los escasos recursos de estas personas.

3 Mujer de 36 años asociación de mujeres víctimas del conflicto armado en Cucuta.

4 En adelante CRAV

4. Análisis y resultados

Sesión 1. Legislación y políticas públicas relacionadas con el SGSSS para las personas víctimas de la violencia en el conflicto armado.

Nacionalmente es claro que la Ley 1448 de 2011, ordena la asistencia en salud, así como la rehabilitación, física, mental y la atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado; el Ministerio de Salud y Protección Social lidera el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI. Cuyo objetivo es mitigar el impacto y el daño a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y a la vida en relación que los hechos de violencia generaron en las víctimas.

La Ley 1448 de 2011 establece una serie de nuevas medidas que el Ministerio de Salud y Protección Social debe establecer y coordinar en articulación con los demás actores del Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas – SNARIV – y con los actores del Sistema General Seguridad Social en Salud (SGSSS) acorde a las competencias definidas en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y los principios de subsidiariedad, complementariedad y concurrencia (Entrevista Profesional Administrativo y de Gestión de víctimas en Norte de Santander)

De acuerdo a las personas entrevistadas en Cúcuta que representan una asociación de mujeres víctimas del conflicto armado interno y a la muestra de los encuestados víctimas del conflicto armado interno en Cúcuta no es claro para las víctimas que entidades pueden colaborar en su interés de hacer que sus derechos se garanticen y menos aún en lo relacionado con la salud, ellos simplemente saben que están afiliados a un sistema que es subsidiado por el Estado y que quienes trabajan deben pagar un régimen contributivo ellos mismos, la mayoría de víctimas del conflicto armado en Cúcuta se encuentra en el régimen contributivo pues sus trabajos son informales y así lo manifiestan.

De hecho las Administradora de Régimen Subsidiado⁵ ARS les corresponde administrar el riesgo en salud de sus afiliados y por ende manejar

⁵ En adelante ARS

los recursos que reciben por concepto de UPC-S bajo ese criterio, en el entendido de que dichos recursos son los únicos que recibirán para esta labor y las ARSE O Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado, entre ellos las víctimas del conflicto armado.

Mientras que las EPS y las IPS se diferencian en que las primeras se encargan de organizar y garantizar el acceso a los beneficios del Plan Obligatorio de Salud, mientras que las IPS son todas las instituciones que prestan dichos servicios a los ciudadanos.

Para lograr la afiliación de la población pobre y vulnerable del país al SGSSS, el Estado colombiano ha definido al Régimen Subsidiado en Salud como su vía de acceso efectiva al ejercicio del Derecho fundamental de la Salud.

Es responsabilidad de los Entes Territoriales la operación adecuada de sus procesos, en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la población de su jurisdicción. De esa forma, los Municipios, Distritos y Departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población objeto, así como sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el Régimen (recursos de Esfuerzo Propio, de la Nación (SGP) y del FOSYGA).

Así mismo, es deber de los Entes Territoriales el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo a los servicios contratados por las EPS-S, por parte de la población beneficiaria, es decir, sobre la ejecución misma de los contratos suscritos con las EPS-S (Min Salud, 2020)

Sin embargo, en relación con las garantías que el sistema de salud debe dar a las víctimas las entidades no son muy claras por ejemplo en la personería manifiestan que ellos se manejan desde un ámbito más general en cuanto a las víctimas del conflicto, todo lo concerniente a la ley 1448 de 2011, recibimos sus declaraciones y ahí podemos evidenciar que son personas con múltiples necesidades entre ellas el acceso al trabajo formal, sin embargo, la normatividad general en SGSSS también es aplicable a esta población

específica (Profesional externo programa de derechos humanos personería municipal), ya que las políticas públicas más específicas no las manejan ellos.

Por ejemplo, entre estas normas o políticas específicas se encuentra la atención integral en salud con enfoque psicosocial, a las personas víctimas del conflicto se debe garantizar el acceso real, oportuno y preferente a los servicios de salud, para el restablecimiento de su estado de salud, de acuerdo con lo establecido en el Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas⁶ - PAPSIVI, contando siempre con su consentimiento.

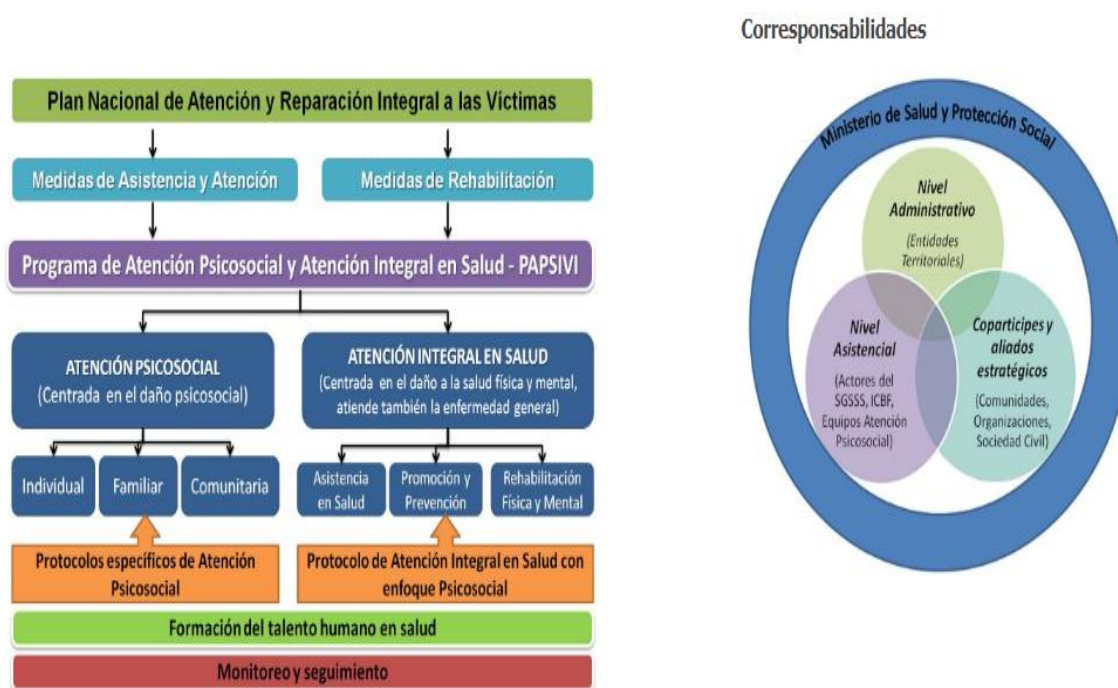
Este dice que se debe garantizar que la atención en salud recibida cumpla con los estándares de calidad, oportunidad y pertinencia, y con los principios básicos para la atención en salud, establecidos en las Leyes 1438 de 2011 y 1448 de 2011.

La duración del plan de atención integral en salud física y mental, con enfoque psicosocial, brindada a la persona víctima, deberá obedecer a los criterios técnicos, científicos y éticos para la atención en salud, y será realizada por el tiempo necesario para el restablecimiento o mejoramiento de su estado de salud (física mental). Para ello se deberán ajustar los procesos y procedimientos para permitir el desarrollo ágil y oportuno de la atención en salud, por parte de y/o los actores y responsables, en aras de cumplir con la normatividad vigente en materia de atención integral a las víctimas del conflicto armado en Colombia, brindándose con enfoques psicosocial y diferencial, que propenden por mitigar el impacto del daño generado por las violaciones graves a los derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario, en razón a los hechos victimizantes de los cuales fueron sujeto. (Min Salud, PAPSIVI -Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas, 2011)

Y la ruta de atención es la siguiente:

⁶ En adelante PAPSIVI

Figura 1. Plan Nacional de atención a víctimas



Fuente. Ministerio de salud.

Sin embargo, es claro que estas medidas no se cumplen si se tiene en cuenta que la mayoría de las personas víctimas del conflicto armado viven en lugares lejanos del casco urbano y no conocen las rutas, ni las entidades, y no tienen recurso de traslado o alguna forma que puedan exigir la garantía de sus derechos, algunas veces la única ayuda son las fundaciones o asociaciones, lo que es manifestado por los entrevistados como es el asesor de la personería que comenta que muchos de ellos trabajan informalmente y además no cuentan con condiciones para sus necesidades (Asesor Personería Municipal, 2023)

La normatividad y políticas es suficiente, sin embargo; según los entrevistados su implementación y las dificultades ya acceso al sistema de salud supone que existe un problema de adaptación de las normas a las verdaderas necesidades de las víctimas del conflicto armado interno en zonas rurales y urbanos de municipios como como Cúcuta.

Por otro lado, la líder de una asociación de víctimas (2023) manifiesta en su entrevista: “El Estado no entiende que las personas mas vulnerables en

Colombia carecen de medios de transporte, de tecnología, de formas de aprovechar algunas oportunidades que se dan solo con tecnología y pretenden que ellos que vivieron la violencia y viven al día a día gasten su tiempo y sus pocos recursos sacando citas eternas, transportándose a pedir medicamentos lejos, sacando copias, pagando minutos, buscando café internet para conectarse eso no es conectividad eso es brecha digital, eso no es adaptar el sistema a las personas sino lo contrario “

Aun cuando existe el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – en adelante PAPSIVI, y este forma parte de las medidas de asistencia y rehabilitación emanadas en la Ley 1448 de 2011, las cuales buscan el restablecimiento de las condiciones físicas no se cumplen todas sus directrices.

Si bien el Programa presenta las líneas, estrategias y acciones diseñadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para dar cumplimiento a la normatividad en materia de reparación a las víctimas, específicamente en lo relativo a las medidas de asistencia y rehabilitación contempladas en la Ley 1448 de 2011, no existe un cumplimiento total del mismo, puesto que las víctimas y los líderes entrevistados lo manifiestan: “ni pensión, ni salud real, porque la ARS no da las garantías, ellos no tienen ni para sacar copia mucho menos para sacarse exámenes que no están en el post, o sacar citas por internet si no tienen ni luz, y si son procedimientos o enfermedades graves, como hacen para transportarse a sus tratamientos, hay personas analfabetas que no entienden las diligencias y no existen asesores que les ayuden, ellos se rinden y se dejan morir como miles de campesinos en Colombia” (Líder asociación mujeres víctimas del conflicto armado Cúcuta, 2023)

Es importante resaltar que debe existir una capacitación diferencial en la formación de profesionales que aborden este tema, debido a que es un tema que impacta a un grupo poblacional importante en Colombia y por ello se hace importante las diferentes experiencias vividas en otros países y las abordadas por los docentes que conocen del tema en el país, pero también por sus víctimas a quienes se les debe dar la oportunidad de brindar las

recomendaciones necesarias en los pensum de formación profesional y pos gradual.

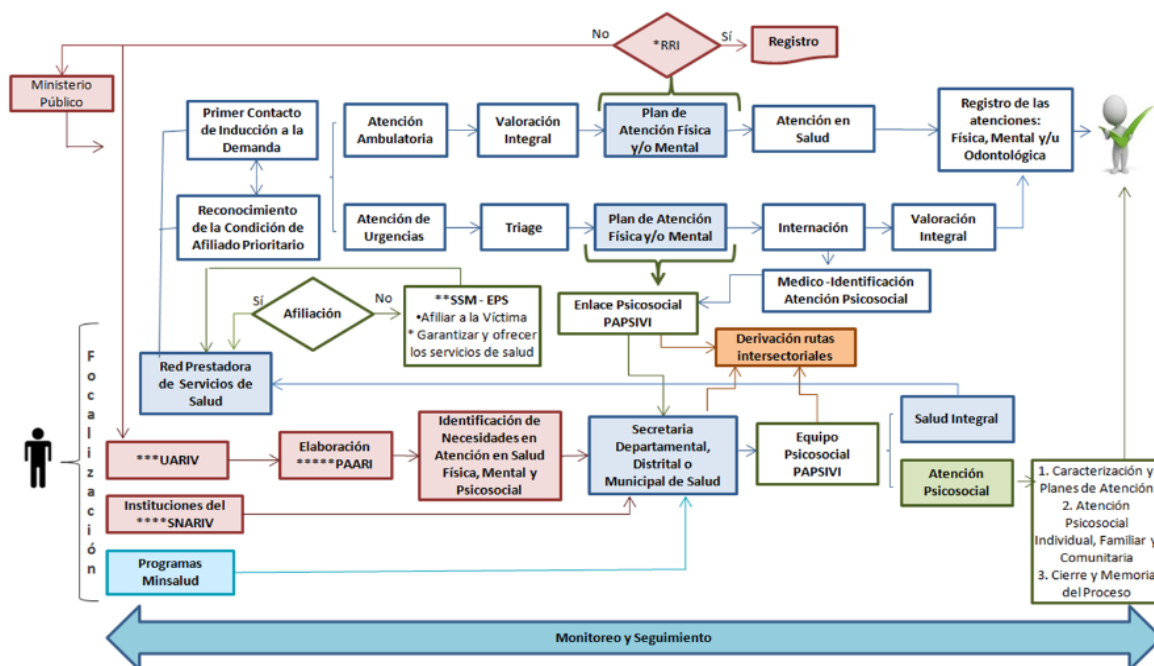
Se debe profundizar en los aspectos relacionados con la salud mental de las personas víctimas del conflicto armado, a pesar de existir una amplia gama de investigaciones en el tema, siempre se debe seguir abordándolo y dándolo a conocer

De esta forma constituye la serie de nuevas medidas que el Ministerio de Salud y Protección Social debe establecer y coordinar en articulación con los demás actores del Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas – SNARIV – y con los actores del Sistema General Seguridad Social en Salud (SGSSS) acorde a las competencias definidas en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y los principios de subsidiariedad, complementariedad y concurrencia.

El Programa contempla las bases normativas y conceptuales en que se fundamenta y consta de dos (2) grandes componentes específicos: La atención psicosocial y la atención integral en salud para las víctimas del conflicto armado, los cuales se articulan a través de estrategias simultáneas y transversales de coordinación entre los diferentes Entes Territoriales, construcción conjunta con todos los actores responsables de su implementación y con las víctimas y sus organizaciones, formación del talento humano y, seguimiento, monitoreo y retroalimentación.

El PAPSIVI, tiene una ruta clara para la atención en salud a las víctimas y debe ser ajustada territorial y localmente, adecuándola a las condiciones locales y a la situación y particularidad de las víctimas, dando como resultado rutas locales diferenciales, las que en Cúcuta no parecen existir y no se diferencian de este modelo general que es el que se maneja, sin tener en cuenta que la población de frontera tiene características diferentes y necesidades particulares, además de no existir una autoridad u organismos que asesore a las víctimas o a sus líderes para conocer estas rutas, especialmente quienes no tienen transporte, tecnología, servicios, y educación o que viven en zonas aisladas suburbios rurales y urbanos.

Figura 2. Ruta de atención del PAPSIVI



Fuente: Ministerio de Salud.

Uno de sus objetivos es Establecer los mecanismos que permitan a los entes territoriales garantizar a las víctimas del conflicto armado la asistencia integral en salud con enfoque psicosocial, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Se supone que se deben ajustar a las necesidades de las personas, familias y comunidades que han sido víctimas de la violencia política y el conflicto armado en

Colombia, sin embargo, en esto no está de acuerdo ni las víctimas, ni sus líderes, que manifiestan que los menores vulnerables no pueden acceder a estos beneficios tanto por las brechas digitales, como por la brechas de recursos mínimos de estas personas como transporte, trabajo, dinero, servicios, comida etc)

La meta según el entrevistado, es cumplir con los componentes del Programa que son primero la atención psicosocial que incluye acciones individuales, familiares y comunitarias, que parten de una caracterización y/o

diagnóstico psicosocial de los daños sufridos por las víctimas, así mismo la atención integral en salud, la continuidad a la atención en salud iniciada en la medida de asistencia y desarrolla acciones de rehabilitación en la salud física y mental (Delegado de Victorimas Min Interior)

A pesar de que el programa es muy claro con respecto a la atención las personas aun cuando se encuentran afiliadas a régimen contributivo manifiestan la precariedad del sistema en términos de tiempos de citas, especialistas, cuidados al paciente, medicamentos, desorientación de los usuarios en la ruta de atención entre otros.

Por otro lado, aun cuando se encuentra un protocolo y un programa como el PADSIVI que provee una ruta adecuada, además de un conpes que permite tener unos lineamientos claros y diferenciados en la atención a las víctimas del conflicto existen factores como desinformación sobre rutas de atención, trámites para atención y rigurosidad del sistema para la implementación de las políticas, dificultades en el acceso geográfico, económico y organizacional y suministro de medicamentos que no permiten garantizar los derechos de estas personas y permiten pensar que necesita cambios este sistema en su aplicación.

También se tiene que desconocimiento de los protocolos de atención con enfoque diferencial por parte de los trabajadores de salud, la no afiliación a seguridad social, y el inadecuado sistema de financiación con que cuentan las entidades. La falta de voluntad política nacional y local incrementan la vulneración de los derechos de la población víctima del conflicto armado y soportan una falta de garantías para las víctimas del conflicto armado

Es importante decir que aun cuando la ley 1448 de 2011, estableció las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno (VCA) y reconoció el derecho que tienen a la verdad, a ser reparadas en el daño sufrido, con la indemnización y las medidas para la rehabilitación física y psicológica, la reparación simbólica y la restitución de tierras, a recibir justicia y el derecho a no repetición de los hechos victimizantes y su vigencia se extendía por diez años, siendo prorrogada por el mismo período de tiempo por la ley 2078 de 2021, la parte de la salud se ha visto

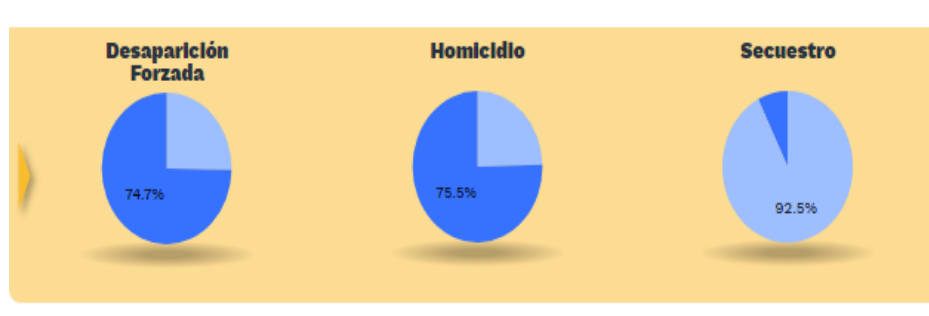
afectado por factores como la brecha tecnológica y de recurso, el desconocimiento y poca publicas de la norma y de las políticas publicas y especialmente por que aun cuando la cobertura sea del 100% no necesariamente el servicio es bueno y de calidad.

Sesión 2. Particularidades sociales de las personas víctimas del conflicto armado residentes en Cúcuta Norte de Santander

En Colombia según el Registro Único de Víctimas⁷ (RUV) existe un total de 9.446.572 personas víctimas del conflicto a corte del 28 de febrero de 2023; se debe decir que el hecho victimizante que más está cobrando víctimas en Colombia como en Cúcuta y en general en Norte de Santander es el desplazamiento forzado, con 8.412.309, lo que concuerda con las respuestas de los 60 encuestados que todos señalaron este hecho como principal, por otro lado un informe de migraciones en 2020 manifiesta que en vista de la persistencia de enfrentamientos entre el EPL y el ELN en la subregión del Catatumbo se desencadenaron 2 desplazamientos masivos internos en los municipios de Abrego y Sardinata, dejando 433 personas afectadas.

Mientras que en Cúcuta - Norte de Santander a corte de mayo de 2023, existen 149.644 víctimas declarantes⁸ de acuerdo a los datos oficiales de la Unidad de Víctimas en el RUV, entre las que el desplazamiento forzado es el hecho victimizantes con más alto porcentaje.

Figura 3. Hechos victimizantes Cúcuta.



Nota. La grafica es tomada de la página oficial de la Unidad de Víctimas.

⁷En adelante RUV

⁸ RUV- <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Cifras/#!/hechos>

Con respecto al género según el promedio de la población encuestada un 59.3% son mujeres mientras el 23.39 % son hombres y una sola persona declaro ser transgénero; sin embargo, el ministerio de salud manifiesta que entre mujeres y hombres esta población se distribuye en partes similares con un 50,3% y 48,9%, respectivamente (Min Salud, 2020)

Según el RUV en Colombia el 50.2% de víctimas del conflicto armado interno son mujeres y el 49.7% son hombres a corte de febrero de 2023.

Mientras que entre los encuestados tienen una proporción igual de 31.5% las personas de 26 a 3 y los de 36 a 50 años que fueron la mayor parte de personas que contestaron la encuesta, debe decirse además que solo se encuestaron personas mayores de 18 años.

Con respecto a la población afiliada al servicio de salud casi la mitad manifestaron que están afiliados al régimen subsidiado ARS y el 35% a EPS o contributivo y un 16.7% a ninguno, lo que contrasta con el valor nacional en 2020 que según Boletín de min salud (2020) era del 72,1% perteneciente al régimen subsidiado (Min Salud C. , Julio 2020)

Según los entrevistados “la población víctima del conflicto armado en Cúcuta es una población altamente vulnerable y debilidad manifiesta” (Entrevista Profesional Administrativo y de Gestión de víctimas en Norte de Santander)

“son personas con múltiples dificultades, económicas y de acceso a oportunidades, no obstante, por su condición de víctimas se encuentran priorizados para recibir los beneficios del estado”. (Profesional externo programa de derechos humanos personería municipal)

Aun cuando la caracterización en salud de la población víctima del conflicto armado en Colombia a debería haberse realizado en proceso estandarizado, al parecer la caracterización social se cumple en gran medida, porque se realiza como parte del procedimiento asistencial y se estima a modo de criterio obligatorio para el acceso al programa, empero no se realiza en todos los casos la caracterización enfocada en acercarse a la condición psicológica de la víctima dado que, el proceso anterior se incumple o no se

realiza completamente ya que, no se efectúa la visita inicial, no se concreta la agenda o no se realizan todos los procedimientos proyectados en la visita (Andrade, Perez, & Castrillon, 2020)

Manifiesta el delegado de víctimas en Min Interior y la líder en la asociación de mujeres que las características más importantes de las víctimas del conflicto armado interno tanto en Cúcuta como en Colombia es que son personas en su mayoría del área rural más vulnerable y del campo, con estratos entre 0, 1 y 2; con nivel de educación básica o incluso sin ninguna educación, sin trabajo como lo indica la respuesta de los encuestados en la muestra de víctimas en Cúcuta, donde el 33% no tiene trabajo el 35% su trabajo es informal y solo un 6.7 % con trabajo formal con todas las garantías, y la mitad de ellos tiene régimen subsidiado y los demás o no tienen o han tenido que pagar régimen contributivo por contratos; el 92,3 % de encuestados no tiene internet ni datos, lo que muestra la brecha digital no solo en Cúcuta sino en Colombia si se tienen en cuenta que las invasiones en las que bien no tienen ni siquiera los servicios básicos.

Es decir, que la población víctima del conflicto armado interno en Cúcuta Norte de Santander se conforma de extranjeros y nacionales residentes en invasiones, en el campo o en barrios alejados, vulnerables con servicio de salud inaccesible por su escasos recursos de transporte, económicos y de tecnología, además del poco acceso a asesoría que los guíen en las rutas para garantizar sus derechos en salud y de seguridad social y viviendo el día a día para sobrevivir sin tiempo de realizar diligencias que dilatan los procesos de salud, sin contar la ignorancia sobre los procesos psicosociales y con problemas provenientes del conflicto y sus hechos victimizantes siendo revictimizados por el mismo sistema de salud que no se adapta a ellos.

Sesión 3. Políticas y servicios de seguridad social en salud disponibles para las personas víctimas del conflicto armado

La Ley 1448 de 2011 que creó en Colombia un completo sistema para proteger, asistir, atender y reparar integralmente a las víctimas del conflicto en el país.

Entre las políticas públicas de carácter nacional se encuentra El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas PAPSIVI, es un programa que consiste en el desarrollo de los procesos, estrategias y acciones diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social en materia de asistencia, reparación y rehabilitación física, mental y psicosocial de directrices se desarrollan articuladamente las víctimas del conflicto armado.

El componente de atención Integral en Salud se encuentra definido en el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial, contemplado en el artículo 88 del Decreto 4800 de 2011.

Estas medidas componen estrategias con los demás actores del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV) y con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

PAPSIVI forma parte de las medidas de asistencia y rehabilitación a las víctimas del conflicto armado previstas en la Ley de Atención, Asistencia y Reparación Integral de las Víctimas del conflicto armado y de Restitución de Tierras. Para la implementación del componente de Atención Psicosocial.

El Ministerio conformó 126 equipos interdisciplinarios compuestos por profesionales de ciencias sociales y humanas, ciencias de la salud y promotores comunitarios, son más de 550 personas formadas para brindar la atención psicosocial en 17 departamentos, 230 municipios y Bogotá D.C.”(Ministerio de Salud, 2013)

En ese sentido, los procesos de atención en salud a desarrollar por los integrantes del SGSSS, se supone deben incluir las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS en el PAPSIVI, para la atención integral en salud física y mental con enfoque psicosocial y diferencial a las víctimas del conflicto armado.

Para la atención integral en salud a las personas víctimas del conflicto armado concurrirán los diferentes actores del SGSSS (Direcciones Territoriales de Salud -DTS, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, entre otros), quienes en forma coordinada, deberían brindar la atención en salud a esta población,

teniendo en cuenta, las particularidades de algunos grupos especiales, por su alta vulnerabilidad o por padecer otros hechos victimizantes en el marco del conflicto armado.

El Ministro de Salud y Protección Social, manifestó que ese programa⁹ tiene retos en su implementación como son: 1. Disminución de barreras para el acceso a la salud integral. 2. Implementación progresiva y participativa del PAPSIVI con las víctimas del conflicto armado. 3. Formación del talento humano (servidores públicos de planta y de contrato) del Ministerio en el tema de víctimas y reparación. 4. Establecimiento de los procesos de coordinación con las diferentes entidades del sector (Secretarías de Salud, EPS e IPS). 5. Articulación del sector con los entes territoriales y el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas - SNARIV (ICBF, Educación, Trabajo, SENA, Min Interior) en los territorios, en la fase de alistamiento. 6. Fortalecimiento de la identificación como víctima en el momento de acceder a los servicios de salud, en coordinación con el sector de las TIC.

Retos que al parecer se encuentran en una medida muy baja de cumplimiento si se revisa la cantidad de tutelas interpuestas contra el sistema de salud, la defensoría del pueblo reportar que entre enero y septiembre de 2022 se presentaron 109.825 tutelas que invocaron el derecho a la salud, es decir 12.203 tutelas mensuales en promedio, superior en 58,31% a las 7.708 tutelas que en promedio se presentaron en 2021, año en el cual la cifra total de tutelas en salud llegó a 92.499 acciones (Defensoría del Pueblo, 2022)

Y en el ámbito específico de las víctimas muchas han sido las denuncias presentadas que han llegado incluso al marco de sentencias de la Corte IDH, en las cuales una de las órdenes de reparación recurrente es el establecimiento de tratamientos médicos y psicológicos para reducir los padecimientos físicos y psíquicos de las víctimas del conflicto armado, sus familiares y las redes de apoyo que las acompañan (Corporación Vinculos, 2016)

⁹ PAPSIVI

Este tipo de órdenes han tenido como origen las conclusiones a las que ha arribado la Corte IDH después de la evaluación fáctica de los casos, donde han sido fundamentales los peritajes médicos y psicológicos, asimismo, la impunidad en la resolución de sus casos y la ineficiencia del sistema integral de salud (Corporación Vinculos, 2016)

Y ya la Corte ha manifestado que como mínimo un sistema de salud encaminado a la reparación de las víctimas debe contener:

Servicio Público: El sistema de atención debe ser esencialmente público, donde la oferta mixta se haga en función del nivel de especialización de la atención institucional, como quiera que la reparación en salud es algo que le compete de manera directa al Estado en su condición de garante de los derechos de las víctimas.

Exclusividad: La infraestructura física, orgánica y administrativa dispuesta para la atención debe estar dedicada exclusivamente a la atención y reparación en salud de las víctimas del conflicto armado y la violencia sociopolítica.

Especialización: La singularidad y gravedad de los daños psicosociales y en la salud física y mental de las víctimas de la violencia sociopolítica requieren de un abordaje especializado en su atención por parte de cualquier equipo de acompañamiento o intervención, sea este desde la rama profesional o administrativa. Este requerimiento no se refiere exclusivamente a la especialidad de los y las profesionales, sino que también involucra a las organizaciones y entidades que deben asumir tal atención, razón por la cual el sistema debe componerse de organismos y entidades dispuestas para tal fin, con un conocimiento especial de las causas y consecuencias de las afectaciones en el derecho a la salud de las víctimas del conflicto.

El enfoque diferencial en la atención, el tratamiento y el acompañamiento, y en cada uno de los procesos y procedimientos, debe ser parte esencial de la reparación en salud y por tanto debe reconocer el género, la etnicidad, la orientación sexual, el ciclo etario, la cultura, la historia, las condiciones geográficas, el tipo de hecho o hechos victimizantes.

Beneficiarios: En concordancia con los criterios internacionales de reparación en salud, y teniendo en cuenta la perspectiva psicosocial avalada por la Corte Constitucional como una apuesta de intervención reparadora, la atención debe ser individual, familiar, colectiva y/o comunitaria, según lo determine la evaluación con la población afectada y el consentimiento de la misma con el tipo de acompañamiento que esperan y propongan.

Ruralidad: El acondicionamiento de la estructura necesaria para garantizar el acceso a la salud por parte de las víctimas del conflicto debe tener en cuenta la ruralidad como condición geográfica y social, de forma tal que se reconozcan los especiales impactos que ha tenido la guerra en la población rural y se facilite así su reparación integral.

Coherencia: Como quiera que la atención en salud de las víctimas tiene que ver tanto con su derecho a la salud como con la reparación de las violaciones y los daños sufridos (Corporación Vínculos, 2016)

De esta manera y conociendo las características que debe tener un sistema de salud para las víctimas, las Funciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud para con las víctimas del conflicto armado en Colombia:

1. Contar con un directorio actualizado de las instituciones encargadas de la atención a personas víctimas del conflicto armado y de la violencia sociopolítica
2. Contar con un directorio actualizado de organizaciones no gubernamentales o de otro tipo que brinden atención a personas víctimas del conflicto armado.
3. Orientar a las víctimas sobre sus derechos y la red institucional o de apoyo a la cual pueden asistir de acuerdo con las necesidades.
4. Apoyar a las comunidades y las familias de acuerdo con las rutas de atención concertadas.
5. Establecer espacios de coordinación con funcionarios de otros sectores encargados de la atención psicosocial para coordinar los esfuerzos intersectoriales y armonizar los programas existentes en atención psicosocial de acuerdo con las necesidades de las poblaciones afectadas (Min Salud, PAPSIVI -Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas, 2011)

Las rutas que fija el programa PAPSIVI deben ser ajustada territorial y localmente, adecuándola a las condiciones locales y a la situación y particularidad de las víctimas, dando como resultado rutas locales diferenciales.

Ya que estas se definen como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la atención integral en salud y atención psicosocial. Podrán desarrollarse a nivel individual o colectivo y en todo caso orientadas a superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizante (Decreto 4800 de 2011, Artículo 164.)

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.

Existen dificultades o barreras de acceso especialmente en los servicios de salud en la comunidad víctima que impiden dar cumplimiento al derecho de reparación en el marco de la rehabilitación. Por ejemplo, falta de contratos entre las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), retrasos en las remisiones por especialidades, dificultad para afiliación al SGSSS, los cobros de copagos por estancias hospitalarias, dificultad en los medicamentos controlados o generales, el recurso de transportes y viáticos, demoras en la asignación de citas.

Es una realidad que muchas víctimas tienen dificultad en el desplazamiento para asistir a las citas especializadas debido a que las EAPB no cubren en su totalidad los recursos y en ocasiones las víctimas sin dinero tienen que costear los viáticos para luego pedir los reembolsos siendo estos un proceso demorado.

Por otro lado, la gestión del programa PAPSIVI, debe avanzar en la atención psicosocial con la población víctima en los niveles de intervención individual, familiar y comunitaria, cuando reconoce a las personas como sujetos de derechos, identifica los impactos perpetrados por el conflicto armado en sus áreas personal, social, con el fin de restablecerlas y dignificarlas.

La salud resulta del bienestar individual y poblacional, así como de unas óptimas condiciones de vida (biológicas, sociales, económicas y políticas), es decir, de una vida con calidad. Por lo tanto, se requiere que la población disponga de unos factores condicionantes para la calidad de vida (según la Declaración de las Naciones Unidas, de 1954), como son: ingresos adecuados, trabajo y empleo permanente, capacidad para consumir y ahorrar, alimentación y excelente nutrición, servicios de salud preventivos y curativos, seguridad social, educación excelente, vivienda adecuada e higiénica, vestido apropiado, comunicaciones y transporte rápidos y oportunos, libertades políticas y religiosas, descanso y recreación (Herazo, 2010)

Pero a pesar de los acuerdos nacionales, el proceso de paz que vive el país y el acompañamiento psicosocial que recibe la comunidad víctima por parte del Estado, persisten las secuelas por los hechos violentos, hasta el día de hoy, reflejados en la pérdida de confianza por los referentes estatales, en la descomposición del tejido social, las fracturas en las relaciones personales, familiares y comunitarias, la no elaboración de duelos, falta de comunicación asertiva y empática, dificultad para construir un proyecto de vida y con todo esto, sobreviene el sufrimiento emocional (Benitez, 2018)

Al igual, los contextos vulnerables donde se sitúan la mayoría de población víctima desplazada, en otros territorios, se enfrenta al accionar de bandas criminales y la inseguridad que transforman la tranquilidad y otras situaciones que se suman como la falta de oportunidades en la ruta de derechos que afectan las acciones de atención psicosocial y salud integral, que recibe las víctimas del conflicto armado que pertenece a la población víctima.

Surge la inquietud por el tipo de intervención a implementar en instituciones de salud en Colombia (hospitales, centros de salud, clínicas, etc.), que no son operadores constituidos para acoger a las víctimas del conflicto

armado, pero que por sus objetivos misionales atienden de un modo u otro a esta población. Ciertamente, un modelo de atención en salud que responda a las tres esferas mencionadas no debería estar exclusivamente dirigido a una población en particular, como son las que estamos tratando; dicho modelo debería constituirse en una directriz general para todos los habitantes del país que padecen cualquier tipo de sufrimiento médico o psicológico, sin importar su origen o circunstancia de desarrollo (Obando & Salcedo, 2017)

Más allá de las enormes dificultades que tiene el sistema de salud en Colombia (véase, Calderón et al, 2011; Guerrero, gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011), las instituciones en salud estarían jurídica y conceptualmente obligadas a adoptar esta visión psicosocial de la salud, cuando menos para la población en discusión. Las disposiciones contempladas en el artículo 3 de la Ley 1438 indican que las víctimas deben atenderse con un enfoque diferencial, que permita la caracterización de sus particularidades subjetivas en cuanto a su ciclo vital, género, pertenencia a grupos étnicos, discapacidad, hecho victimizante, procedencia geográfica, etc. La asistencia en salud mental a las víctimas del conflicto armado fue pensada desde su inicio a partir de un enfoque psicosocial, como condición necesaria para mitigar el impacto en salud mental y para garantizar la dignificación de los derechos, la integridad psicológica, la capacidad de la población afectada para agenciar su vida y su reinserción a la sociedad (Obando & Salcedo, 2017)

Al parecer por lo que los entrevistados manifiestan y teniendo en cuenta que quienes dieron las entrevistas son personas desplazadas víctimas del conflicto y líderes de asociaciones y conocen de primera mano las dificultades por las que pasa esta población en lo relacionado al sistema de salud, se puede manifestar que aparentemente para los colombianos este sistema está lleno de dificultades y más cuando se trata de personas vulnerables como son las víctimas, en esta población parece que el mayor problema es la parte psicosocial pero se le suma el desabastecimiento de medicinas e insumos, escasez de recursos humanos, la falta de insumos y medicamentos, la deficiente infraestructura y el déficit presupuestal seguido de la capacidad del sistema, filas de espera, diligencias innecesarias, servicios inaccesibles para la población con una gran brecha económica, social y digital.

Esto sin contar que ya el sistema general de salud en Colombia es un sistema curativo y no preventivo, como lo expresa Herazo, (2010) "lo que genera enfermedad e impide la conservación de la salud es la predominante mentalidad curativa de las enfermedades que tienen gobiernos, empresarios y profesionales de la salud".

Estos últimos no son culpables de egresar de las universidades con esa mentalidad, porque así son formados, capacitados, supervisados y calificadas su eficiencia académica y asistencial. Esos profesionales son magníficos y valiosos para atender la enfermedad, pero no para prevenirla, porque no tienen mentalidad preventiva, que permite conservar la salud de la población (Herazo, 2010)

De acuerdo con el Consejo Privado de Competitividad (CPC), en Colombia, cerca del 99% de la población está cubierta por el sistema de salud, incluyendo a aquellos migrantes quienes por contar con una vinculación laboral formal están en el régimen contributivo y también a aquellos que se encuentran bajo el régimen subsidiado al cumplir con los requisitos exigidos para éste.

No obstante, la alta tasa de aseguramiento en el país no es sinónimo de la efectividad de su sistema, según el informe 2021-2022 del Consejo Privado de Competitividad. Pues este demostró que Colombia aún tiene retos por asumir en materia de acceso a los servicios de salud.

De acuerdo con la encuesta de Calidad de Vida emitida por el Dane, han sido múltiples las razones por las que las personas no han recibido o solicitado atención médica en las ocasiones que lo han requerido. Muchas de ellas tienen que ver con factores de oferta, es decir, de quienes prestan los servicios, pero también con la demanda, que corresponde a aquellos relacionados con el usuario.

"Los resultados más recientes muestran que barreras como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención y la cantidad de trámites han impedido el acceso a los servicios médicos para 1 de cada 5 personas con problemas de salud", según el informe (Gaviria, 2022, p.23)

Lo que reafirmó que si bien las políticas existen deben adaptarse a un sistema de salud que tenga en cuenta las condiciones en que viven las personas víctimas del conflicto armado como es el caso de Cúcuta donde generalmente sus domicilios están ubicados en suburbios y zonas urbanas y su nivel económico es bajo, además que el trabajo en su mayoría es informal en las calles sin salario fijo, sin prestaciones sociales y los miembros de estas familias no tienen educación y son víctimas de la brecha tecnológica tan conocida en nuestro país.

De esta manera se puede afirmar que con todas las falencias que son visibles en el sistema de salud, las garantías para las víctimas de la violencia del conflicto armado se ven nubladas por los factores ya expuestos, lo que se traduce en servicios de medicamentos, citas, exámenes tardíos y una medicina que no previene y muchas veces no cura, además del desconocimiento de lineamientos y protocolos por parte de los funcionarios públicos y entidades de control, ya que las medidas de atención, asistencia no son tenidas en cuenta.

Por lo que se ha recomendado que la atención integral en salud con enfoque psicosocial para población víctima del conflicto armado se realice a través de un enfoque diferencial real, el cual sea comprendido como un escenario de reconocimiento y aceptación de la diversidad que caracteriza a la condición humana, sus recursos y necesidades, y de esta manera permitir dar respuesta de forma integral a las necesidades específicas de las poblaciones y las personas víctimas del conflicto armado.

De esta manera la identificación de condiciones de vulnerabilidad puede ser individuales o múltiples, de tal forma que entre más grupos poblacionales sean asociados a una persona víctima, más susceptible es esta de ser vulnerable y, por ende, será necesario tener en cuenta un enfoque diferencial y tener en cuenta las brechas existentes para el logro de las garantías que la Ley pretende cumplir.

Además de enfrentar las dificultades del sistema, se han resaltado en dicho proceso, algunas falencias como:

1. La politización del discurso sobre la atención a las víctimas,

2. La restricción de la discusión sobre la atención en salud a las barreras de acceso al sistema general de seguridad social, así como

3. Los problemas de concertación del diálogo y de construcción intersectorial de los lineamientos y de la atención (Molina Bulla, 2017).

Conclusiones

En lo relacionado con la salud y sus garantías en atención y servicios para víctimas del conflicto armado en Colombia es claro que la Ley 1448 de 2011 (Ley de Víctimas), ordena la asistencia en salud, así como la rehabilitación, física, mental y la atención psicosocial a las víctimas del conflicto armado; concatenado con la políticas del Ministerio de Salud y Protección Social que lidera el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI, en conjunto con los Decretos 4633, 4634 y 4635 de 2011, en los cuales se dictan las medidas para su atención con enfoque diferencial.

En la ley de víctimas se consagra la atención integral en salud a las víctimas del conflicto armado y se señala como el Sistema General de Seguridad Social haya definido un conjunto de actividades y procedimientos en salud que propende por recuperar el estado de salud física y emocional; la atención integral en salud tiene en cuenta los posibles efectos causados por los hechos victimizantes y de manera preferente hace énfasis en el enfoque reparador que deben tener todas las atenciones en salud a víctimas del conflicto poco a poco, el país comienza a ser consciente de la magnitud y extensión de los daños que provoca la guerra; distintas reflexiones investigativas sobre las prácticas de atención a víctimas del conflicto armado, sin embargo el camino es largo, y hace falta lo más importante una caracterización real de esta población para que los programas se ciñan a sus condiciones y no lo contrario, que es lo que sucede actualmente las víctimas se deben adaptar a estos programas.

Las particularidades de la población víctimas del conflicto en Colombia no son muy claras para los sistemas de salud ya que solo existen datos generales de edad, género, hecho victimizante y por su puesto se sabe que son población vulnerable, sin embargo, se puede deducir de las entrevistas y de encuestas que el Estado no se ha dado cuenta que poblaciones como las de Cúcuta Norte de Santander, son poblaciones que viven en suburbios, en sitios rurales alejados, que no tienen las condiciones económicas para transportarse a recibir servicios médicos, son personas algunas veces analfabetas o con un

grado muy bajo de educación, si medios digitales y con una brecha digital que no les permite acceder a cierta información, que tienen trabajos informales que le demandan tiempo completo para sobrevivir el día a día y que si tienen para comer y el arriendo no tienen para acceder a llamadas, café internet o transporte para sacar citas, ir a reclamar medicinas o hacer muchas diligencias para enfrentar sus problemas de salud en caso de la necesidad de cirugías o una enfermedad calamitosa,

Es necesario que el Estado conozca sus condiciones de vida reales para facilitarles y garantizar un estado de bienestar que implica atender las esferas que lo enmarcan, tanto en forma física, como psicológica y social.

Es claro que con esta población no solo se habla de salud física, sino que los organismos coinciden en que un objetivo a cumplir, a través de modelos biopsicosociales de intervención, es potenciar estas dimensiones en desequilibrio, reconociendo las necesidades de la población, al igual que los recursos y formas de afrontamiento que adopta la comunidad.

De aquí la importancia del acompañamiento interdisciplinar para esta población, un acompañamiento real desde las comunidades, en lo que compete a la psicología como disciplina de la salud, de generar herramientas que permitan la atención integral a toda víctima del conflicto interno.

El sistema de salud en Colombia tiene grandes dificultades más cuando se trata de personas vulnerables y es claro que para gozar de un sistema eficiente se requiere que la población disponga de unos factores condicionantes para la calidad de vida como son: ingresos adecuados, trabajo y empleo permanente, capacidad para consumir y ahorrar, alimentación y excelente nutrición, servicios de salud preventivos y curativos, seguridad social, educación excelente, vivienda adecuada e higiénica, vestido apropiado, comunicaciones y transporte rápidos y oportunos, libertades políticas y religiosas, descanso y recreación, y esto hace que las garantías que expone la ley en lo que se relaciona con salud no sean cumplidas en su totalidad.

En pocas palabras, la normatividad y los programas existen, el problema radica en que no llega a la población porque no se tiene en cuenta sus necesidades y los medios y recursos para que efectivamente se manifieste, y

como en toda Colombia en Cúcuta las entidades existen, las políticas están y los beneficios se manifiestan, pero la población no los conoce o no puede acceder a ellos por sus bajos recursos en todas las dimensiones, por lo que las garantías no se dan ya sea por no tener en cuenta las condiciones reales de estas personas al momento de crear estas políticas, no tener en cuenta los lineamientos establecidos para su atención y también por el desconocimiento de la ley y sus beneficios por parte de las propias víctimas del conflicto.

Es significativo distinguir que debe concurrir una capacitación diferencial en la formación de profesionales que aborden este tema, debido a que es un tema que impacta a un grupo poblacional significativo, se debe profundizar en los aspectos relacionados con la salud mental de las personas víctimas del conflicto armado, priorización de la perspectiva psicosocial por lo que debe incorporarse de manera transversal en diferentes niveles, desde actitudes y herramientas para la labor con víctimas hasta medidas organizativas que posibiliten el trabajo multidisciplinario y la elaboración de estrategias de acompañamiento integral a las personas vulneradas.

Además de publicación y capacitación a las víctimas y sus líderes en materia de normatividad, protocolos, lineamientos derechos y garantías que deben exigir en salud.

Minimizar las brechas de recursos y tecnológicas que permitan que estas puedan de una manera real gozar de los beneficios y garantías de los que habla la ley en materia de salud.

Que se dé un Monitoreo continuo a la atención de víctimas del conflicto armado, el cual permita identificar, caracterizar y evaluar la atención de las víctimas del conflicto armado con el fin de generar información relevante para la toma de decisiones, recomendaciones de política y precisión de modelos de atención que contribuyan al mejoramiento de sus condiciones de calidad de vida y salud.

Referencias

- Andrade, J., Perez, m., & Castrillon, S. (2020). Atención psicosocial y salud mental en víctimas del conflicto armado en Colombia, atendidas a través del programa PAPSIVI. *Revista Kavilando*.
- Benitez, D. (2018). ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN EL CORREGIMIENTO DEL SALAD DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR. *UNAD. Cartagena*.
- Casanova, M. (2020). Significado de la atención en salud en un grupo víctimas del conflicto armado en el municipio de Pasto (Nariño. *Universidad de Manizales- Colombia*. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.autonoma.edu.co/bitstream/11182/1153/1/Significado_proceso_atenci%C3%B3n_salud_grupo_personas_v%C3%ADctimas_conflicto_armado_municipio_pasto_Nari%C3%B3n.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.autonoma.edu.co/bitstream/11182/1153/1/Significado_proceso_atenci%C3%B3n_salud_grupo_personas_v%C3%ADctimas_conflicto_armado_municipio_pasto_Nari%C3%B3n.pdf).
- Corporcion Vinculos, C. (2016). Acceso a la salud integral par las victimas del conflicto armado en Colombia. *Informe Final de Consultoría: Comision Colombiana de Juristas*.
- Duque- Quintero, Q. Q., & Duque. Quintero, D. (2016). La seguridad social como un derecho fundamental para las comunidades rurales en Colombia. *Universidad de Medellín- colombia*.
- Equipo Local de Coordinacion, N. d. (2020). Indorme departamental. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/briefing_humanitario_nds_enero-junio_2020.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/briefing_humanitario_nds_enero-junio_2020.pdf).
- Gaviria, N. (2022). Uno de cada cinco pacientes presenta problemas para acceder al sistema de salud. *Diario La Republica*. <https://www.larepublica.co/economia/uno-de-cada-cinco-pacientes-presenta-problemas-para-acceder-al-sistema-de-salud-3378835>.
- Herazo, B. (2010). Algunos problemas de la salud en Colombia. *DOSSIER SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA EN ODONTOLOGÍA. Univ Odontol. Jul-Dic; 29(63): , 37-39*.

- Mera-Urbano, G., Sotelo-Daza, J., & Arias-Gordillo, A. (2022). Implementación Política Atención Integral en Salud en el Cauca: Un estudio de caso 2016-2019. *Hacia la Promocion en Salud*. 27 (1): <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/6752/6114>, 67-85.
- Min Salud, C. (Julio 2020). Boletines Poblacionales. Población Víctima del Conflicto Armado. *chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-victimasl-2020.pdf*.
- Min Salud, M. d. (2013).
- Min Salud, M. d. (2020). Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. *Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”*.
- Ministerio de Salud, C. (2013). MinSalud implementa programa de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia [internet]. *Boletín de Prensa No 363 de 2013*.
- MinSalud, C. (2020). Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del conflicto armado. *Ministerio de Slud y Proteccion Social, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf*.
- Obando, L., & Salcedo, M. C. (2017). La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública. *Psicogente*, 20(38). *chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00382.pdf*.
- Orjuela, J. (2017). Situacion de salud de las personas victimas del conflicto armado residentes en la localidad de Tunjuelito. . *universldad Santo Tomas- Bogota. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10379/Orjuelajos%C3%A92018.pdf?sequence=1&isAllowed=y*.

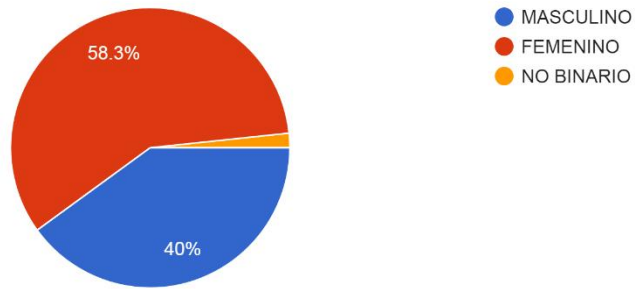
- Pereira, A. (2017). Financiamiento y calidad de los servicios de salud para la población víctima de conflicto armado en Colombia. *Revista facultad de ciencias de la salud Universidad del Cauca*. Vol. 19 No. 1.
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-FinanciamientoYCalidadDeLosServiciosDeSaludParaLaP-6122545.pdf.
- Quecedo, R., & Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, núm. 14, *Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. España*.
<https://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>, 5-39.
- Ramirez, A., & Sora, F. (2013). Ensayo sobre la reparacion de las victimas del conflicto armado en Colombia. . *Universidad Militar Nueva GRanada. Bogota. D.C. .*
- Tobon- Garcia, D. (2019). Perfil de salud de las víctimas del conflicto armado colombiano, 2019. *Universidad de los Andes*.
<https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/43990/u830646.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Valdivieso, A. (2012). “La justicia transicional en Colombia. Los estándares internacionales de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario en la política de Santos”. *Papel Político. Bogotá (Colombia)*, Vol. 17, No. 2, *<http://www.scielo.org.co/pdf/papel/v17n2/v17n2a09.pdf>*, 621-653.

Anexos

Anexo 1. Resultado Encuestas

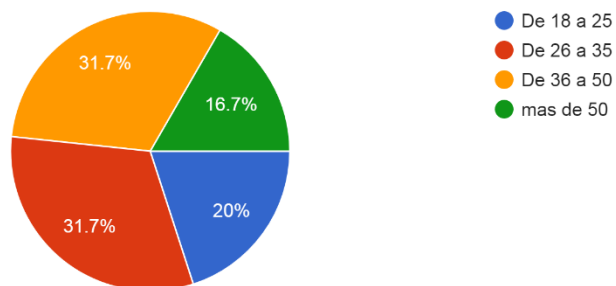
Cuál es su genero?

60 respuestas



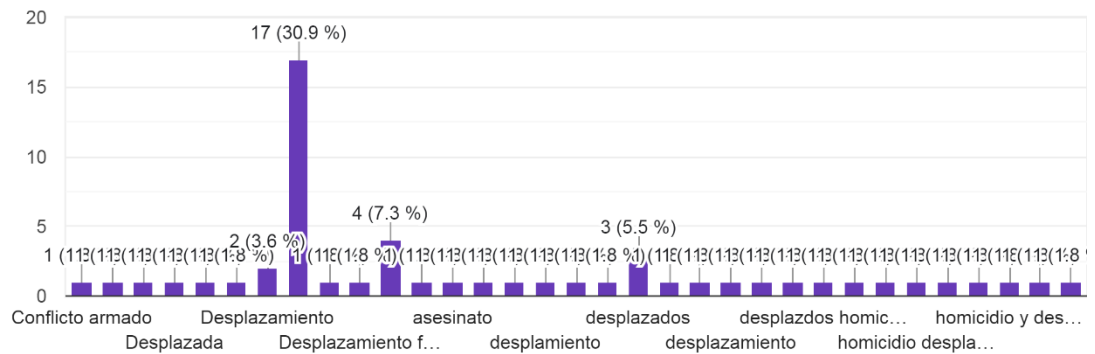
Edad?

60 respuestas



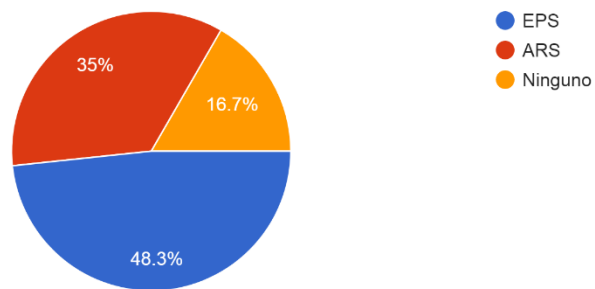
Cual es el hecho victimizante por el cual es declarada victima del conflicto armado? secuestro, lesiones que causaron incapacidad, desplazamiento fo...a la libertad e integridad sexual, tortura, otros.

55 respuestas



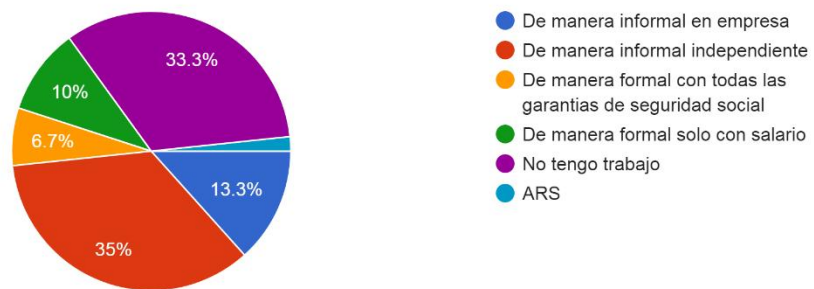
Cuenta como victima de la violencia del conflicto armado con servicio de salud?.

60 respuestas



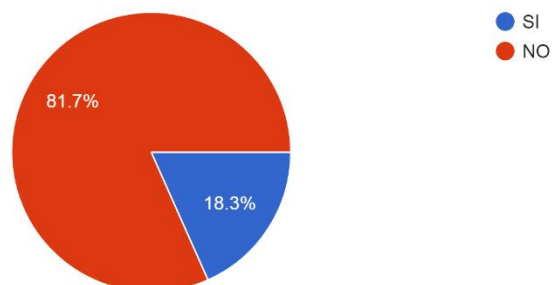
Esta laborando actualmente?.

60 respuestas



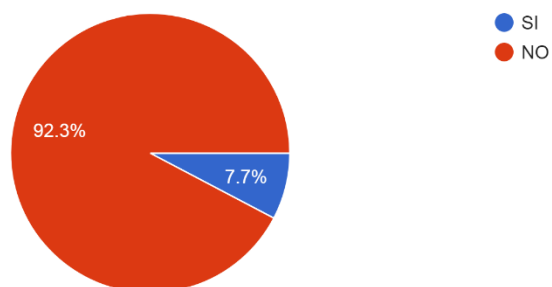
Es facil acceder a los servicios de salud como victima?

60 respuestas



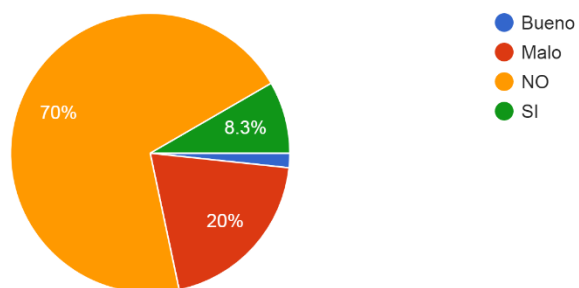
Tiene Internet o dagtos para acceder a servicios de salud como victima?

13 respuestas



su servicio de salud es?

60 respuestas



Anexo 2. Entrevista

Entrevista Cúcuta - Norte de Santander - líderes víctimas del conflicto armado.

Mediante la presente entrevista se pretende tener información para desarrollar el proyecto de grado titulado:
" Análisis de las garantías del Sistema General de seguridad social en salud (SGSSS) para las personas víctimas de la violencia en la ciudad de Cúcuta Norte de Santander a partir de la ley 448 de 2011 (Ley de víctimas)".

Responsable: Investigadores JOSÉ SEBASTIÁN BARRIENTOS Y MANUEL ANDRÉS BACCA

Es importante para esta investigación contar con su valiosa ayuda para obtener datos de la comunidad, conteste de manera amplia y de acuerdo a su experiencia las siguientes preguntas.

Descripción (opcional)

Tr



Cuál es su cargo y que relación tiene con víctimas del conflicto armado ?

Texto de respuesta largo

Podría a partir de su experiencia y conocimiento caracterizar la legislación y políticas públicas relacionadas con el SGSSS para las personas víctimas de la violencia en el conflicto armado, a partir de la ley 448 de 2011?

Texto de respuesta largo

De qué manera describiría las particularidades sociales de las personas víctimas del conflicto armado residentes en Cúcuta Norte de Santander ?

Texto de respuesta largo

Cómo considera que se encuentra el cumplimiento de las políticas y servicios de seguridad social en salud disponibles para las personas víctimas del conflicto armado residentes en Cúcuta Norte de Santander?

Texto de respuesta largo

¿Cuáles cree que podrían ser las soluciones para llegar a una garantía real de la seguridad social en salud disponibles para las personas víctimas del conflicto armado residentes en Cúcuta Norte de Santander ?

Texto de respuesta largo

Qué instituciones o entidades privadas o gubernamentales han intervenido para solucionar los problemas generados por el conflicto armado y sus víctimas y qué considera que les hace falta ?

Texto de respuesta largo

Anexo 3. Entrevista líder asociación de víctimas del conflicto Norte de Santander

22/3/23, 9:20

Entrevista Cúcuta - Norte de Santander - líderes víctimas del conflicto armado.

Entrevista Cúcuta - Norte de Santander - líderes víctimas del conflicto armado.

Mediante la presente entrevista se pretende tener información para desarrollar el proyecto de grado titulado: "Análisis de las garantías del Sistema General de seguridad social en salud (SGSSS) para las personas víctimas de la violencia en la ciudad de Cúcuta Norte de Santander a partir de la ley 448 de 2011 (Ley de víctimas)".

Responsable: Investigadores

Es importante para esta investigación contar con su valiosa ayuda para obtener datos de la comunidad, por lo que es necesario que de manera libre nos narre la situación de las víctimas del conflicto armado en Cúcuta y especialmente lo relacionado con las garantías en Salud y seguridad social

El estado de las víctimas del conflicto armado en Cúcuta y frontera

Bueno primero que todo yo lidero una fundación en la que estamos afiliadas más de 10 mil mujeres víctimas de violencia del conflicto armado en todo el departamento, y es muy deplorable el estado en que estas personas se encuentran la mayoría vienen de Venezuela de Ecuador de esas fronteras donde le conflicto armado interno llegó, y de todo Norte de Santander el campo, Tibú, la Gajarra, Toledo, Arauca, los llanos e incluso de las grandes capitales, es muy grande la cantidad de personas víctimas del conflicto que llega a Cúcuta creyendo que encontrará oportunidades y realmente no es así, la mayoría encuentran más violencia ya que deben irse a vivir a los barrios peligrosos, a invasiones, donde delinquen no solo grupos en el conflicto sino bandas criminales y delincuentes comunes, que además a las mujeres las explotan sexualmente, uno creen que solo es a los venezolanos o extranjeros pero no, nuestras compatriotas también les toca, porque no hay oportunidades laborales sino tienen estudio como hacen, es solo trabajo informal, y son humilladas y explotadas laboralmente sin ninguna garantía para su vejez, ni pensión, ni salud real, porque la ARS no da las garantías, ellos no tienen ni para sacar copia mucho menos para sacarse exámenes que no están en el post, o sacar citas por internet si no tienen ni luz, y si son procedimientos o enfermedades graves, como hacen para transportarse a sus tratamientos, hay personas analfabetas que no entienden las diligencias y no existen asesores que les ayuden, ellos se rinden y se dejan morir como miles de campesinos en Colombia. y personas analfabetas.

El Estado no entiende que las personas más vulnerables en Colombia carecen de medios de transporte, de tecnología, de formas de aprovechar algunas oportunidades que se dan solo con tecnología y pretenden que ellos que vivieron la violencia y ven a diario gasten su tiempo y sus pocos recursos sacando citas eternas, transportándose a pedir medicamentos lejos, sacando copias, pagando minutos, buscando café internet para conectarse eso no es conectividad eso es brecha digital, eso no es adaptar el sistema a las personas sino lo contrario,

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formulario

Anexo 4. Consentimiento informado.



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida Investigadores JOSÉ SEBASTIÁN BARRIENTOS Y MANUEL ANDRÉS BACCA, de la Universidad de Pamplona, y la meta de estudio es el "Análisis de las garantías del Sistema General de seguridad social en salud (SGSSS) para las personas víctimas de la violencia en la ciudad de Cúcuta Norte de Santander a partir de la ley 448 de 2011 (Ley de víctimas)".

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá el permiso para participen en un estudio en el cual se le harán algunas preguntas relacionadas con la salud y garantías a las personas Víctimas del conflicto armado. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo y unos días para la secuencia. La encuesta o entrevista será contestada mediante link enviado a su ~~whatsapp~~ por Google ~~forms~~.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán utilizadas para desarrollar el trabajo de investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

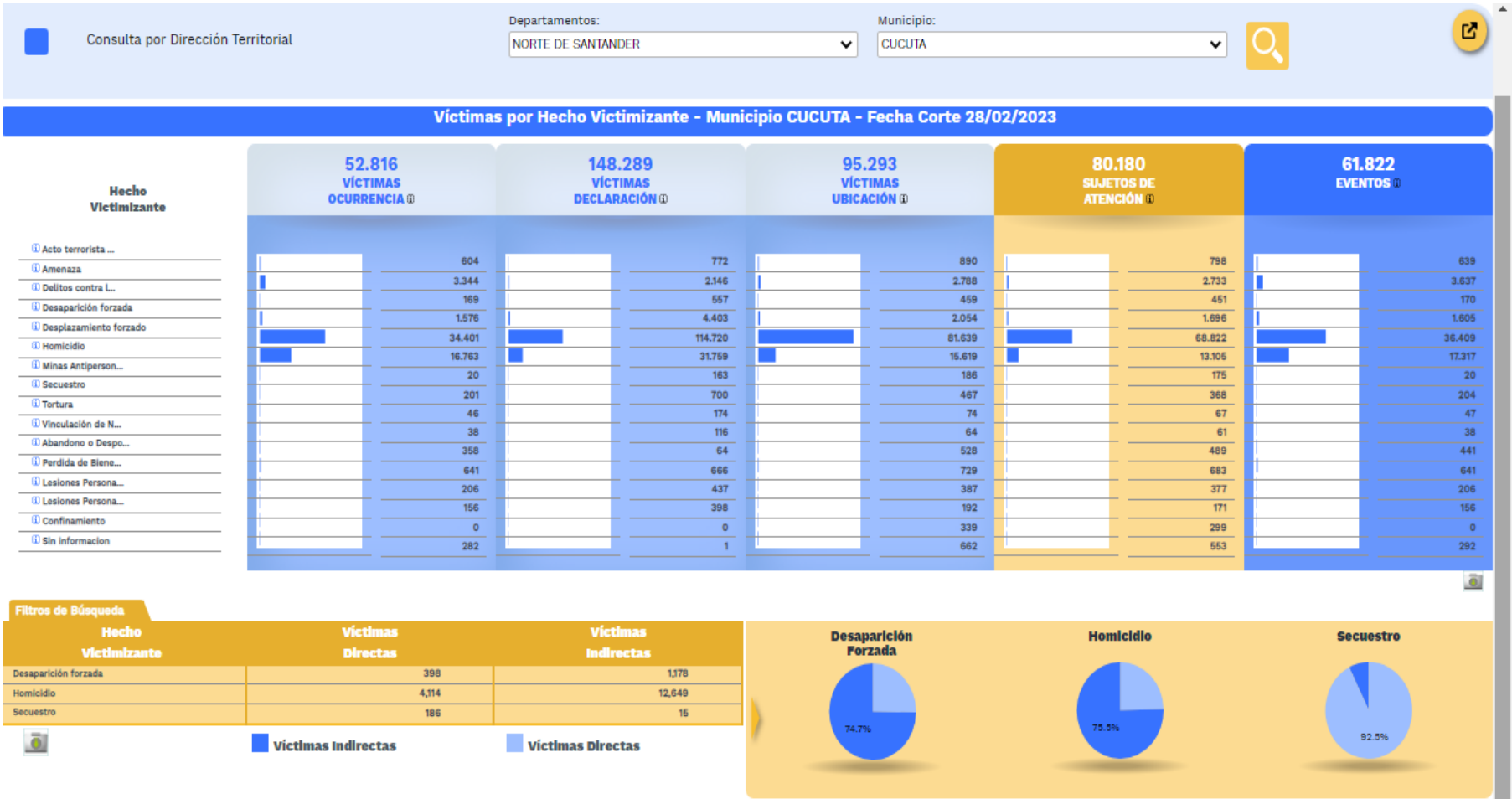
Al contestar mediante link la encuesta o entrevista Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Reconozco que la información que yo proveo en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mí persona.

Firma

Nombre

Anexo 5. Cifras unidad d victimas



Hechos Victimizantes Desagregado - Excel (Error de activación de productos)

Inicio Insertar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda ¿Qué desea hacer?

Portapapeles Fuente Alineación Número Estilos Celdas Edición

C7 114720

	A	B	C	D	E	F
1	Hechos Victimizantes Desagregado					
2	Hecho Victimizante	Víctimas Ocurrencia	Víctimas Declaración	Víctimas Ubicación	Sujetos de Atención	Número de Eventos
3	Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos	604	772	890	798	639
4	Amenaza	3.344	2.146	2.788	2.733	3.637
5	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo	169	557	459	451	170
6	Desaparición forzada	1.576	4.403	2.054	1.696	1.605
7	Desplazamiento forzado	34.401	114.720	81.639	68.822	36.409
8	Homicidio	16.763	31.759	15.619	13.105	17.317
9	Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explorados	20	163	186	175	20
10	Secuestro	201	700	467	368	204
11	Tortura	46	174	74	67	47
12	Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con el Conflicto Armado	38	116	64	61	38
13	Abandono o Despojo Forzado de Tierras	358	64	528	489	441
14	Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	641	666	729	683	641
15	Lesiones Personales Físicas	206	437	387	377	206
16	Lesiones Personales Psicológicas	156	398	192	171	156
17	Confinamiento	0	0	339	299	0
18	Sin información	282	1	662	553	292
19						
20						
21						
22						
23						
24						

Sheet1

07:11 p.m. 15/03/2023

