



<https://revistas.upel.edu.ve/>

ISSN 2477-9342

Investigación Arbitrada

Análisis de la implementación del componente “Víctimas del conflicto armado” del plan decenal de salud pública (2012 – 2021) en Pamplona, Colombia.

Analysis of the implementation of the “Victims of the armed conflict” component of the ten-year public health plan (2012 – 2021) in Pamplona, Colombia.

Andrea Pedraza Mendoza ¹

Contacto: andreapedrazam@gmail.com

Objetivo: analizar percepciones de los actores que participaron de la implementación de estrategias del componente, “Víctimas del conflicto armado interno” del Plan Decenal de Salud Pública, (PDSP 2012 – 2021) en el municipio de Pamplona. **Método:** cualitativo con enfoque descriptivo, mediante una revisión documental y entrevistas semiestructuradas a funcionarios públicos, líderes de víctimas y víctimas. **Resultados:** se implementaron estrategias mediante aseguramiento, jornadas de salud, redes comunitarias, comités, mesas transectoriales, capacitaciones, campañas y programas, que, para líderes y víctimas, no responden a sus necesidades o los desconocen. Perciben barreras en la política por su carencia de enfoques psicosocial y diferencial. Algunas son: información escasa, desconocimiento de derechos, problemas en la verificación de la víctima, pocos servicios especializados, asistencia humanitaria limitada, demoras en la autorización de medicamentos y ausencia de atención psicosocial. Hay instituciones y personal capacitado, pero poco presupuesto e inversión en infraestructura y tecnología sanitaria. **Conclusiones:** implementaron estrategias, pero sin efectividad.

Objective: to analyze the perceptions of the actors who participated in the implementation of strategies of the component, “Victims of the internal armed conflict” of the Ten-Year Public Health Plan (PDSP 2012 - 2021) in the municipality of Pamplona. *Method:* qualitative with a descriptive approach, through a documentary review and semi-structured interviews with public officials, victim leaders and victims. *Results:* Strategies were implemented through insurance, health days, community networks, committees, cross-sector tables, training, campaigns and programs, which, for leaders and victims, do not respond to their needs or are unaware of them. They perceive barriers in politics due to their lack of psychosocial and differential approaches. Some are: scarce information, lack of knowledge of rights, problems in verifying the victim, few specialized services, limited humanitarian assistance, delays in the authorization of medications and lack of psychosocial care. There are institutions and trained personnel, but little budget and investment in health infrastructure and technology. *Conclusions:* they implemented strategies, but without effectiveness.

Recibido: 20-05-2022 | **Aceptado:** 05-07-2022



Palabras clave

Salud pública, plan decenal de salud, víctimas del conflicto armado, conflicto armado, política pública

Keywords

Public health, ten-year health plan, victims of the armed conflict, armed conflict, public policy.

¹ Universidad de Pamplona (Colombia). <https://orcid.org/0000-0001-9518-8664>

Introducción

A pesar de esfuerzos del Estado por incluir a las víctimas en las políticas públicas, se evidencia que su acceso a la salud se ve afectado por la carencia de un enfoque diferencial (Pereira et al., 2017), aun cuando existe “una alta prevalencia de trastornos mentales y consumo de drogas en esta población [...] que justifica el diseño de políticas, planes y la implementación de programas orientados a su recuperación” (Castaño *et al.*, 2018, p.1).

En el marco de esta realidad, el Plan Decenal de Salud (PDSP 2012 – 2021), fue una política que se estableció en la ley 1448 de 2011, derivada de la intención del Estado por brindar un acceso a la salud más equitativo con base en los determinantes sociales y con enfoques que buscaban contribuir con el saneamiento de las desigualdades. Es por esta razón, que su elaboración contó con “la participación conjunta de todos los estamentos de la nación, a través de un proceso de participación, discusión, reflexión y concertación al que se sumaron de manera directa 153.397 colombianos” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS), 2013, párr. 1) incluyendo a víctimas por primera vez en la historia.

Luego de discusiones en mesas de trabajo a lo largo de Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 derivó en 10 dimensiones, ocho prioritarias y dos transversales. Dentro de las dimensiones transversales se estableció una

denominada “*gestión diferencial de las poblaciones vulnerables*”, que a su vez tiene un componente denominado: *víctimas del conflicto armado interno* que se divide en doce estrategias para garantizar el acceso y mejorar las condiciones de salud de la población víctima, quienes por su contexto histórico y condicione requieren también del Programa de Atención Psicosocial, diseñado para “atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas” (Paulina et al., 2020, p.4)., mediante los enfoques psicosocial y diferencial.

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

No obstante, la literatura evidencia que los planes territoriales de desarrollo no poseen políticas públicas integrales, sino solamente “programas y estrategias separadas en diversas temáticas de salud” (Molina-Marín et al., 2014, p.1), esto quiere decir que en algunos municipios no existe una articulación entre el Plan Decenal de Salud y los planes territoriales de desarrollo,

lo que puede incidir en que no se implementen las estrategias.

Además, existen otras condiciones que afectan el acceso a la salud en general; entre esas una precaria red hospitalaria del país, falta investigación y de capacitación del personal, barreras culturales, geográficas, educativas y un sistema de salud que suele favorecer a aquellos con ingresos. A lo anterior hay que agregar que se evidencian vacíos en la atención integral por los excesivos y desgastantes trámites. (Pereira et al., 2017).

De manera similar en Chile, una investigación realizada sobre programa PRAIS, creado para la atención en salud de las víctimas de la dictadura, mostró que no cuentan con servicios psicológicos accesibles, los que ofrece no son bien promocionados y hay una brecha entre lo que dicen los documentos oficiales y lo que realmente hacen (Carreño *et al.*, 2020).

Otro estudio chileno que evaluó el sistema de salud público respecto al privado mostró que las personas no se sienten satisfechas con la prestación de los servicios del primero, aunque económicamente es más accesible (Aravenal y Inostroza, 2015). En México se evidenció que “a pesar de que existe una legislación en el sistema de salud, no se garantiza, ni la implementación, ni la calidad de los servicios” (Díaz-castro et al., 2017). En San Vicente del Caguan, Colombia, se mostró que, aunque la alcaldía ha cumplido los programas no han tenido la eficacia esperada y

no cuentan con atención psicosocial, ni han podido aprovechar las leyes creadas por el desconocimiento de las mismas (López Camacho, 2018). En Facatativá, se encontró que no hay información actualizada. Han presentado informes sin sentido, con datos que no son reales. (Sánchez, 2019).

De acuerdo con este contexto se hizo necesario analizar la manera en qué se implementaron las estrategias del PDSP en Pamplona lo que permitió conocer la inclusión de las estrategias en el plan de desarrollo, las percepciones de las víctimas acerca del acceso y dificultades para hacer parte de la política y programas, además de describir la gestión institucional en relación al presupuesto, recursos, infraestructura y tecnología que da cumplimiento al componente estudiado.

Este análisis facultó la consolidación de conocimientos sobre las actividades y programas que han funcionado y determinar cuáles son las dificultades, necesidades y barreras sanitarias que impiden que la política sea eficaz. También como una herramienta de control político y de mejoramiento de las decisiones gubernamentales (Bertranou, 2019).

Método

Se tomó el enfoque de la investigación cualitativa que permite conocer percepciones, contextos, descripciones de la realidad, entre otros datos (Bonilla Castro y Rodríguez Sehk,

1995), que son importantes para evaluar la implementación del componente mencionado.

Además, “la investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (Hernández Sampieri et al., 2014, p.358), esto permitió conocer las interferencias que podrían no permitir o no una buena implementación de la política.

En este estudio interesa conocer cómo se realizó la implementación, más allá de las cifras o datos estadísticos que no ofrecen ninguna perspectiva de los actores. Por el contrario, lo que busca es saber con qué calidad y eficiencia se desarrolla la política.

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

Además se realizaron entrevistas semiestructuradas con el fin de describir la gestión institucional para la obtención y distribución de recursos dirigidos a la atención

de la población víctima y conocer las percepciones de las víctimas acerca de las barreras y accesibilidad a los servicios y programas del Plan Decenal de Salud Pública.

Diseño: Transversal, descriptivo

La investigación describe la implementación del Plan Decenal de Salud Pública durante la Alcaldía de Pamplona en el período 2016 – 2019. Con este diseño “se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández Sampieri et al., 2014, p.154).

Sujetos que participaron del estudio

Al ser un estudio cualitativo la muestra fue de tipo intencional y voluntaria (Pla, 1999). Se seleccionaron tres tipos de participantes para realizar una triangulación de datos desde diferentes perspectivas frente a la temática del objetivo, por lo que se procuró la inclusión de personas o unidades que representaran las características de la población de estudio para garantizar la riqueza informativa. (Martínez-Salgado, 2012).

Los participantes se establecieron de la siguiente manera:

Tres funcionarios públicos o administradores de la política pública: aquellos encargados de implementar y liderar las estrategias del Plan Decenal. Estos funcionarios decidían. Su perspectiva mostró la intención de

la estrategia y su articulación nacional. Los actores complementan la ejecución intersectorial de las estrategias.

Tres líderes de organizaciones sociales de víctimas: son presidentes de las asociaciones de víctimas registradas, las cuales propenden por sus derechos y por el cumplimiento legal. Representan a las demás en comités y mesas de víctimas. Algunos también son veedores por lo que se encuentran en contacto con los administradores de la política. Su percepción sirve de contraste con lo exponen los administradores públicos.

Tres víctimas del conflicto armado, residentes en Pamplona que no son líderes: pertenecen a las asociaciones de víctimas, pero no participan directamente de las decisiones.

Técnicas y etapas

La entrevista es una de las técnicas más utilizadas y representativas en los estudios cualitativos por lo que fue escogida dado que con ella se podía recolectar la información por individuo para que fuera más honesta por parte de los actores que participaron de la política. También porque gracias a ella “se obtiene información más completa y profunda, además presenta la posibilidad de aclarar dudas durante el proceso” (Díaz-Bravo et al., 2013, p.163).

Se escogió la semiestructurada que tiene como fin conocer detalladamente los pensamientos o sentimientos de una persona de acuerdo a una temática o circunstancia

específica (Bonilla Castro & Rodríguez Sehk, 1995). En esta investigación las preguntas que se realizaron estuvieron basadas en las estrategias del componente “Víctimas del Conflicto Armado Interno” del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021).

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

Además, la entrevista semiestructurada según Ortí como se citó en (Tonon de Toscano, Graciela et al., 2008, p. 53), “facilita la libre manifestación de los sujetos de sus intereses informativos (recuerdo espontáneo), sus creencias (expectativas y orientaciones de valor sobre las informaciones recibidas) y sus deseos” lo que hace brotar relaciones y significados que posiblemente no sean percibidos a simple vista o no sean discutidos públicamente por medio de otros métodos de recolección de información más estandarizados.

Respecto a esto último se realizaron nueve entrevistas, cada una con 28 preguntas que respondían a los objetivos. Estas fueron adaptadas al lenguaje de los actores. Primero se contactaron mediante reuniones a los funcionarios públicos. Con el apoyo del personero municipal se contactaron por teléfono los líderes de las cuatro asociaciones de

víctimas de Pamplona, a tres se les realizó la entrevista personalmente. Con la ayuda de dichos líderes se contactaron otras tres víctimas a quienes se les realizó la entrevista en sus hogares.

Categorías

De acuerdo a los objetivos se crearon cuatro: categoría uno: Articulación de las estrategias del plan decenal de salud pública (2012 – 2021) en el plan de desarrollo municipal Categoría dos: Gestión institucional. Categoría tres: Accesibilidad y barreras de las víctimas para beneficiarse del Plan Decenal de Salud. Categoría cuatro: Implementación del programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI)

Triangulación poblacional

El análisis de la información se realizó mediante el proceso de triangulación poblacional mediante una matriz que permitió la comparación de 27 respuestas de administradores de la política pública, 27 de líderes de las víctimas y 27 de víctimas que no son líderes. Adicionalmente se compararon estos datos con el Plan de Desarrollo del municipio 2016 – 2019, el Plan de Acción Territorial (PAT); el Componente Operativo Anual de Inversiones (COAI) 2016; el Plan de Acción Salud (PAS) 2016 “La salud en nuestras manos” del gobierno mencionado.

Análisis

Se realizó un análisis de contenido que se visualiza mediante matrices de doble entrada. En ellas se describen las categorías, preguntas, transcripciones, las frases incompletas o palabras clave más representativas y las unidades de análisis producto de la comparación de las respuestas.

Aspectos éticos

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

Los sujetos participaron de forma voluntaria y en cualquier momento podían retirarse del estudio. También se les dieron a conocer los objetivos y el uso de los datos mediante el formato consentimiento informado de la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Pamplona. Las preguntas fueron evaluadas y aprobadas por parte del comité de ética de esa institución.

Resultados

Se clasificaron de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación: **Formas de inclusión de las estrategias de atención de las víctimas del conflicto armado interno en Pamplona.**

Los administradores consideraron que se implementaron las acciones por dimensión, pero afirmaron que las víctimas eran quienes desconocían sus derechos y no accedían, algo que algunas reconocieron. Se evidenció que los líderes tienen mayor conocimiento acerca de la implementación de las estrategias, mientras que las víctimas en su mayoría respondieron que no

se realizaban o las desconocían por completo. Esto se evidenció en frases como: “*No nos invitaron*”; “*no se tomó en cuenta a ninguna clase de víctima y creo que ni si quiera a la mesa de participación de víctimas del municipio*”.

El Plan de Desarrollo Municipal 2016 – 2019, el Plan de Acción Territorial, el Componente Operativo Anual de Inversiones (COAI) y el Plan de Acción en Salud (PAS) son coherentes con la información que dieron los administradores públicos en las entrevistas, como se evidencia en la tabla 1. No se encontraron otros mecanismos diferentes o informales.

Tabla 1. Formas de inclusión

Formas de inclusión	Resumen del análisis
Aseguramiento	Pamplona registra el 100 % de aseguramiento.
Jornadas de salud	Reconocidas por los actores, pero algunos líderes y víctimas consideran que son escasas y de poca cobertura
Capacitaciones	Líderes y víctimas consideran no se ajustan a sus necesidades (como por ejemplo derechos humanos). Creen que es un medio para justificar que si realizan acciones. Señalaron una falta preparación de los profesionales.
Conformación de redes sociales y comunitarias, mesas transectoriales, comités, veedurías	Las veedurías existentes no fueron reconocidas por la administración local. Hubo quejas de los líderes sobre que no eran tenidos en cuenta en la toma de decisiones, además de demoras, poca claridad respecto a los temas, desorganización, burocracia, impuntualidad y ausencias de los funcionarios públicos.
Programas de Salud (hospital)	Los ofrece el hospital a las personas aseguradas
Programa de Alimentación Escolar	Hubo quejas porque inicialmente no se les entregaba a niños víctimas
Programa de televisión y difusión en medios;	Se ejecutaron con pocos resultados para las víctimas
Programa de Rehabilitación Basada en Comunidad; Programa de Adulto mayor;	
Programa de primera Infancia y Juventud;	
Asesorías; Apoyo psicológico y social	
Programa de Atención Psicosocial (Papsivi);	Se contemplaron en el plan de desarrollo, pero no se ejecutaron
Programa de solución de ingresos; y caracterización poblacional	

Accesibilidad y dificultades para hacer parte de los programas y servicios del Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021).

Asistencia humanitaria: Las víctimas y líderes entrevistados mencionaron que no se entrega y que además no hay gestión para garantizarla. Algunas razones que aducen son: “que usted no es de este municipio, usted no tiene que declarar acá, que ya pasó el tiempo, que esto, que aquello, que lo otro, le sacan miles de peros”.

Adicionalmente las víctimas y líderes manifestaron que los productos y servicios de la asistencia humanitaria no son de buena calidad y la califican con adjetivos como “limitada”, “cualquier bobada”, “cualquier cosita”, “burla”.

Oportunidades de acceso: Respecto a las oportunidades las respuestas de líderes y víctimas fueron que no existen o que son escasas, ejemplo: “a veces les dicen les vamos ayudar con el arriendo y los dejan, pero... no llegó plata, no hay plata, el municipio no tiene plata”. Contrario a lo que dijo el administrador público, “esa ayuda humanitaria inmediata se activa en la secretaria de gobierno cuando la persona ya ha ido al ministerio público y ha presentado su declaración y esta es remitida por la personería municipal...”.

Barreras de acceso: Se menciona la demora en la verificación de la calidad de víctima, fallas en la actualización de la base de datos y falta de un

diagnóstico de necesidades. Aunque tienen EPS (Empresa Prestadora de Salud) hay demoras en citas con especialistas, falta de ayudas para discapacitados, no autorización de medicamentos y carencia de servicios médicos, lo que obliga a los pacientes el traslado hacia la ciudad de Cúcuta. Algunos deben poner tutelas.

Se mencionó que la migración venezolana es vista como otra barrera. Tanto líderes como víctimas consideran que no existen facilidades para acceder a la salud.

Enfoque psicosocial: El programa de Atención Psicosocial no fue priorizado por la gobernación. Líderes y víctimas se quejaron de la falta de prioridad, atención psicológica, de salud, de inclusión laboral, de empatía por parte de los profesionales sanitarios. Las víctimas señalaron en qué además era necesario ayuda económica para superar sus condiciones de pobreza.

Uno de los administradores explicó que para ayudar a las víctimas se desarrolló un proyecto mediante el cual se apoyaban sus emprendimientos, con el fin de que contribuir a su independencia, pero por un hecho de presunta corrupción no se logró el objetivo.

Enfoque diferencial: Líderes y víctimas perciben que no hay interés del Estado, ni atención psicológica e inclusión laboral, no hay una base de datos. Los profesionales son vistos como que

no quieren, ni entienden a las víctimas y que hay un trato preferencial con los extranjeros (venezolanos). Los administradores afirmaron que hay grupos que garantizan un enfoque diferencial por ciclo de vida, género y discapacidad, lo que se confirma en los documentos.

Papsivi: La administración municipal no pudo implementarlo, a pesar de ser una meta en el Plan de Desarrollo Local. Se realizaron algunas actividades para toda la población como la conformación de redes de apoyo psicosocial en colegios y universidades y se contó con dos psicólogos de la Dirección Local de Salud, quienes eventualmente atendían víctimas.

Específicamente para las víctimas, solamente se realizó una gestión ante la Unidad de Víctimas de Cúcuta que visitó el municipio en algunas ocasiones y a donde se remitieron algunos casos relacionados con jóvenes víctimas. Estas visitas fueron criticadas por algunos líderes por su improvisación. Todos los entrevistados estuvieron de acuerdo en que se debe implementar el programa en Pamplona y no en otra ciudad.

Gestión institucional para la obtención y distribución de recursos: El municipio cuenta únicamente con un hospital de primer y segundo nivel. Otras instituciones que les atienden son la personería municipal, la

secretaría de gobierno, la Dirección Local de Salud, colegios, cajas de compensación familiar y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Sin embargo, varias víctimas manifestaron que no existen, no existe acompañamiento, ni prioridad, o no hay entidades para su atención.

Respecto a la infraestructura el hospital local ofrece hospitalización, cirugía, consulta externa, promoción y prevención, apoyo diagnóstico y urgencias. También cuenta con once Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) privadas, que según la percepción de los entrevistados incluyendo a un administrador de la política, son consultorios pequeños y ofrecen servicios básicos que son insuficientes para alta demanda de pacientes. Se percibe que los equipos son bastante obsoletos. También se cuenta con dos bases de datos que presentan cierres periódicamente que dificultan la identificación y posterior acceso a la salud.

Presupuesto: Los líderes y víctimas desconocen de dónde provienen los recursos económicos que financian a las instituciones. Estos hacen parte de un fondo común que se divide entre todas las poblaciones vulnerables establecidas del Plan Decenal.

Talento Humano y su capacitación: El municipio cuenta con profesionales para garantizar la atención. Sin embargo, la

percepción de las víctimas entrevistadas es que no hay, o no responden a sus necesidades. La capacitación que reciben es dirigida por el Instituto Departamental de Salud (IDS) y el Hospital San Juan de Dios.

Discusión

Una de las formas de inclusión de la política más implementadas fue el aseguramiento. El informe del PAT registró a 1.951 víctimas con acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que de acuerdo a los administradores públicos entrevistados corresponden al total de las víctimas identificadas como tal en el registro Único de Víctimas, (RUV). Este aumento coincide con el panorama nacional mostrado en la evaluación del Programa de Apoyo Psicosocial para Víctimas del Conflicto Armado (Papsivi), (Ministerio de Salud Colombia, 2020b), el cual muestra que la mayoría contó con aseguramiento dentro del régimen subsidiado y evidenció que la mayoría de los asegurados también accedía a la atención psicosocial, respecto con aquellos que no lo estaban. Los resultados son positivos, aunque las cifras siendo levemente menores al aseguramiento de la población general.

Un estudio realizado en Burundi, Indonesia, Nepal, Sri Lanka y Sudán también mostró que el aseguramiento de los niños víctimas fue fundamental para que pudieran acceder a los servicios y programas en salud

mental ofrecidos por sus gobiernos y agencias internacionales (Jordans et al., 2013). Al respecto, se puede determinar que el aseguramiento es un primer acceso a servicios de salud, pero, no constituye el cumplimiento de este derecho.

De igual manera, la conformación de redes sociales, comunitarias, mesas transectoriales, comités y veedurías de salud fueron otros mecanismos del Plan Decenal utilizados que se comparan con los de Cauca. En ambos estudios la percepción de las víctimas fue bastante parecida, pues consideraron que se vieron afectados por un exceso de discusión, formalismos, ausencias, retrasos de los funcionarios públicos (Tose Vergara & Ortiz Ruiz, 2019), además de burocracia, ineficiencia y desconfianza generalizada hacia el Estado.

Se evidenció que los líderes de las víctimas se sintieron excluidas por el gobierno en la toma de sus propias decisiones, esto a la larga tuvo incidencia en la no implementación de estrategias efectivas de políticas públicas y demuestra que en Pamplona se desarrolló un esquema vertical o “*Top – Down*” en donde las decisiones eran tomadas por los representantes de gobierno sin la intervención de las víctimas (Revuelta Vaquero, 2007).

En los resultados entre los dos estudios radica en la percepción de que no existe un compromiso real por las personas, sino por alcanzar objetivos como la certificación o una

buena calificación externa (Díaz-castro et al., 2017) como ocurrió en Pamplona, en donde las víctimas manifestaron que la actuación de las autoridades solo respondía a requisitos.

Es así que se precisa de una participación más democrática, y la implementación de un modelo *Bottom Up* que permita mayores espacios de diálogo y no considere, como se exponía en un estudio en Chile, (Olivares-Aising & Barrera, 2019) a las víctimas como meros sujetos pasivos y alejados de su desarrollo. Asimismo, en las entrevistas, dos de los líderes manifestaron que no buscan “*limosnas*”, ni “*ayudas*”, sino capacitación y trabajo.

A diferencia del Cauca en Pamplona, los líderes no lograron llegar a ningún acuerdo con la administración y fueron muy pocos los espacios informales que se concretaron. Aunque contaron con el apoyo de Organizaciones No Gubernamentales en capacitaciones, estas no intervinieron en proyectos. El único espacio informal lo ofrece la universidad a través de la práctica formativa, pero no constituye un programa institucionalizado, ni sostenible.

Sobre las barreras de acceso a la salud, las percepciones coinciden con las del estudio realizado por Cardona et al., (2016) en el cual se concluye que no existe equidad en el acceso a la salud para las víctimas por su condición socioeconómica y falta de inclusión en los programas que ofrecen las instituciones.

En relación con el acceso a los servicios del sistema de salud, (Capella, 2020) hay quejas por las demoras en la autorización de las citas con especialistas, entrega de medicamentos y falta de servicios hospitalarios. Actores afirmaron que los servicios se prestan en Cúcuta y es difícil ir a esa ciudad por falta de dinero.

De igual manera, en Chile Aravenal & Inostroza, (2015) menciona un enfoque de gestión pública de arriba – abajo con poca participación de los beneficiarios de la política y sus implementadores mostrando otras similitudes con el presente estudio como la escasez de espacios de encuentro, falta de seguimiento, y retroalimentación, desconocimiento del contexto de los usuarios, entre otros.

Por el contrario, un estudio de Perú (Rivadeneira Santa María, 2020) mostró que elementos de la política nacional deben incluirse en los planes locales como ocurrió en Pamplona. La misma investigación, sugiere el uso del modelo *Bottom Up* (de abajo a arriba) para incorporar necesidades territoriales en los planes mayores, lo cual no se realizó en Pamplona, y por tanto no se logró garantizar la implementación efectiva del plan.

Otras coincidencias muestran que la implementación de la política se dificulta por la poca difusión de lo alcanzado y lo que se quiere alcanzar, la falta de capacitación y de espacios de discusión, tal como lo expusieron

representantes de víctimas y víctimas, quienes manifestaron desconocer las estrategias del Plan Decenal de Salud y las acciones locales.

Estudios como el realizado en Amazonas no plantearon un análisis contextual que respondiera a las verdaderas necesidades y particularidades de la comunidad (Preciado Ochoa, 2019). Tanto en los municipios de Amazonas como en Pamplona, los planes de desarrollo, aunque reseñan un diagnóstico compartido y una formulación en la que participaron diversas comunidades, no evidenciaron enfoque diferencial, ni política multicultural que coincidiera con los planes departamentales y nacionales.

De la misma manera, Olivares-Aising y Barrera, (2019) evidencia que los profesionales que implementan la política no participan por la escasez de espacios de encuentro, además no existe retroalimentación desde el sistema central y escasa posibilidad de sistematización, seguimiento y evaluación de los usuarios. Rivadeneira Santa María, (2020) también llega a la conclusión que los usuarios deben tener un espacio de discusión, además de ser sensibilizado y capacitado sobre las políticas que se implementan.

En este sentido los autores Martínez *et al.*, (2020) hacen un llamado para que las evaluaciones sean contextualizadas desde lo local, pues Latinoamérica necesita enfoques propios de administración pública que no estén

alineados con los modelos propuestos por países centrales que no cuentan con las mismas necesidades.

Papsivi

Al igual que en Valle del Cauca, en Pamplona “la gente como que resiente también que el PAPSIVI no esté presente todo el tiempo en el territorio...” (Gutiérrez Rojas, 2019)., Aunque los pamploneses contaron con psicólogos contratados por la alcaldía, no contaron con el Programa de Atención Psicosocial. Además, dichos psicólogos estaban entrenados para atender programas de convivencia social y conflictos como la violencia intrafamiliar, que no corresponden a sus necesidades.

En Valle del Cauca, esta situación se superó gracias a la organización de la sociedad civil y la voluntad política, pues la gobernadora llegó a acuerdos con las EPS para que se les brindara a las víctimas el transporte y alimentación durante el tiempo de atención en otra ciudad, que consistía no solo en la consulta psicológica, sino también de medicina general y trabajo social, entre otros servicios, como programas para la reparación simbólica y espiritual, mientras que en Pamplona esto no se tuvo en cuenta.

Rico Moreno Camacho y Díaz Rico, (2016) también mencionan la importancia del acompañamiento psicológico constante y la necesidad de que las sesiones se extiendan en el

tiempo y se avance en su financiamiento, ya que se ha evidenciado que por cuestiones de vigencias gubernamentales o traslado de los beneficiarios se interrumpe el proceso, se pierden los avances y no se consolida. Una perspectiva similar nos la ofrece Gutiérrez Rojas, (2019) quien afirma que el abordaje psicosocial debe ser sistemático, interdisciplinario y despolitizado correspondiente al contexto histórico del territorio.

También la Evaluación del PAPSIVI en su fase I muestra que uno de sus problemas en el ámbito nacional ha sido “la alta rotación de personal y la falta de capacitación continuada” (Ministerio de Salud Colombia, 2020), como sucedió en Pamplona.

Incluso en el estudio realizado en Valle del Cauca las víctimas percibieron que los profesionales no tienen suficiente formación y experiencia e incluso algunos manifestaron que el Papsivi empeoró su situación. Al igual que en Pamplona los implicados propusieron como solución una posible contratación de profesionales que hayan vivido la guerra, ya que las víctimas consideran que a los profesionales les hace falta empatía (Gutierrez Rojas, 2019).

Por otra parte, estudios como el de Cepeda Pérez, (2018), demostrarían que el programa tiene buena aceptación y bajos índices de deserción en una gran parte del país, especialmente en la costa pacífica y el centro en

comparación con el Caribe y la Amazonía, indicando que el diseño metodológico se ajusta a las necesidades de los grupos etarios y sus perspectivas diferenciales y cumple con su objetivo de mitigar los traumas y reparar los daños morales.

Conclusión

Aunque se implementaron estrategias de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, según los entrevistados no existió participación de las víctimas en la mayoría de actividades planteadas y hubo muy pocas estrategias focalizadas en esta población. Algunas de las que se identificaron con percepción positiva fueron el aseguramiento, las jornadas de salud, los programas de salud del hospital, programa de Rehabilitación Basada en Comunidad y el programa del adulto mayor. Se perciben con menor efectividad o mayor número de críticas, las capacitaciones, el programa de televisión y la difusión por redes sociales, asesorías, campañas, cursos; la conformación de redes sociales y comunitarias, mesas transectoriales, comités, veedurías y la entrega de asistencia humanitaria, apoyo psicológico y social, programa de alimentación escolar. Otras, aunque se formularon en el Plan de Desarrollo no se implementaron como el programa de Apoyo Psicosocial (PAPSIVI), caracterización de la población y programa de solución de ingresos.

En cuanto a la accesibilidad y dificultades para hacer parte de los programas y servicios del Plan Decenal se concluye que existe la percepción de dificultad para acceder a la asistencia humanitaria, algunas derivadas de la normativa que estipula tres meses para la verificación de los hechos victimizantes y otras relacionadas con no entregar la asistencia de alimentación o de vivienda por los meses correspondientes (Unidad de Víctimas, n.d.). También es calificada como “limitada” o de mala calidad. Víctimas y líderes no perciben que haya oportunidades de acceso sanitario y manifestaron su desconfianza hacia el gobierno local.

Igualmente, la demora en la verificación de la calidad de víctima de una persona debido a los retrasos y fallas en la actualización de la base de datos y la falta de un diagnóstico frente a sus necesidades en salud, son algunas de las principales barreras de acceso a los programas.

Otras barreras son la demora en citas con especialistas, la falta de ayudas técnicas para personas con discapacidad, la no autorización de medicamentos, la carencia de servicios médicos y el traslado hacia la ciudad de Cúcuta y la no incorporación de los enfoques diferencial y psicosocial, tanto en la asistencia humanitaria como la prestación de servicios. También es necesario el apoyo económico, pues las víctimas no han superado las condiciones de pobreza.

Por último, frente a la gestión institucional se evidencia que hace falta mejoramiento de la infraestructura de salud y tecnología, instituciones especializadas en la atención de víctimas, mayor capacitación del personal de salud frente al conflicto, transparencia respecto a los recursos y la destinación de mayor presupuesto para los programas.

Referencias

- Aravena L, Pedro, & Inostroza P, Manuel. (2015). ¿Salud Pública o Privada? Los factores más importantes al evaluar el sistema de salud en Chile. *Revista médica de Chile*, 143(2), 244–251. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000200012>
- Bertranou, J. (2019). El seguimiento y la evaluación de políticas públicas Modelos disponibles para producir conocimiento y mejorar el desempeño de las intervenciones públicas. *Millcayac - Revista Digital De Ciencias Sociales*, 6(10), 151–188. <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/1730>
- Bonilla Castro, E., y Rodríguez Sehk, P. (1995). Más allá del dilema de los métodos. En: *Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales* (pp. 47–103). Norma.
- Cañón Sánchez, K. (2019). *Análisis de la política pública de víctimas del conflicto armado y proponer la implementación de indicadores como herramienta de cumplimiento en el municipio de Facatativá*.

<https://repositorio.ucundinamarca.edu.co/handle/20.500.12558/2690>

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.001>

- Capella, C. (2020). Tutelas por salud en el 2019, según informe de la Defensoría del Pueblo - Salud. *El Tiempo*.
<https://www.eltiempo.com/salud/tutelas-por-salud-en-el-2019-segun-informe-de-la-defensoria-del-pueblo-521682>
- Cardona, L. R., Veloza, M. C., y Lopez, A. (2016). Acceso a servicios de salud por parte de desplazados víctimas del conflicto armado en Colombia. *Nuevo Derecho*, 12(19), 71–88.
<http://revistas.iue.edu.co/index.php/nuevodercho/article/view/842>
- Carreño, A., Blukacz, A., Cabieses, B., y Jazanovich, D. (2020). “No one seems ready to hear what I’ve seen:” Mental health care for refugees and asylum seekers in Chile. *Salud Colectiva*, 16, 1–16. <https://doi.org/10.18294/SC.2020.3035>
- Castañó, G., Sierra, G., Sánchez, D., Torres, Y., Salas, C., & Buitrago, C. (2018). Trastornos mentales y consumo de drogas en la población víctima del conflicto armado en tres ciudades de Colombia. *Biomédica*, 38(Sup1), 70–85. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3890>
- Cepeda Pérez, A. (2018). *Análisis de los factores que influyen en la recuperación psicosocial de las víctimas que acceden al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado PAPSIVI*. https://ciencia.lasalle.edu.co/maest_gestion_desarrollo/147
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). La Entrevista, Recurso Flexible y Dinámico. *Investigación En Educación Médica*, 2(7), 162–167.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci_arttext
- Díaz-castro, L., Arredondo, A., Pelcastre-Villafuerte, B. E., y Hufty, M. (2017). Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 305–312.
- Gutiérrez Rojas, M. A. (2019). *Aproximaciones reflexivo-analíticas al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) a la luz del enfoque de Acción sin Daño*. Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (McGraw-Hill/Interamericana editores S.A (Ed.); Sexta).
- Jordans, M. J., Tol, W. A., Susanty, D., Ntamatumba, P., Luitel, N. P., Komproe, I. H., & de Jong, J. T. (2013). Implementation of a mental health care package for children in areas of armed conflict: a case study from Burundi, Indonesia, Nepal, Sri Lanka, and Sudan. *PLoS medicine*, 10(1), e1001371. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001371>
- La Opinión. (2015). *Pamplona es ejemplo en el país en atención a las víctimas* | Noticias de Norte de Santander, Colombia y el mundo. <https://www.laopinion.com.co/pamplona/pamplona-es-ejemplo-en-el-pais-en-atencion-las-victimas>
- Lopez, C. (2018). *Análisis de la Implementación de la política pública de víctimas en el municipio de san Vicente del Caguan - Caquetá, alcances y limitaciones*. [Proyecto aplicado, Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD]. Repositorio Institucional UNAD. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/24236>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(3), 613–619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Martínez, G. M., Montoya, A. C. y Franco-giraldo, Á. (2020). Modelos para el análisis de políticas públicas en salud reportados en publicaciones científicas. *Gaceta Sanitaria*, xx. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.11.007>

- Ministerio de Salud Colombia. (2020). *Resumen Ejecutivo Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - PAPSIVI FASE I*. Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales Oficina de Promoción Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS). (n.d.). *Resolución número 8430 de 1993*. 19.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS). (2013). *¿Cómo se construyó?* <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/como-se-construyo.aspx>
- Molina-Marín, G., Álvarez-Ochoa, P. A., y Oquendo-Lozano, T. (2014). La salud pública en la agenda de los gobiernos municipales de seis ciudades colombianas, periodos 2008-2011 y 2012-2015. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 56–79. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.spag>
- Moreno Camacho, M. A., y Díaz Rico, M. E. (2016). Posturas en la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia. *Agora U.S.B.*, 16(1), 193. <https://doi.org/10.21500/16578031.2172>
- Olivares-Aising, D., y Barrera, M. D. V. (2019). Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 18(2). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1602>
- Paulina, T., Cuervo, M., Jackjaira, H. y Perea, Q. (2020). *Plan Psicosocial Estrategia Al Cuidado de los que Cuidan la Memoria del Centro Nacional de Memoria Histórica*.
- Pereira, A. L., Cardona, L. R., Cecilia, M., Morales, V., Patricia, C., y Forero, J. (2017). Financiamiento y calidad de los servicios de salud para la población víctima de conflicto armado en Colombia. *Revista Facultad Ciencias de la Salud: Universidad del Cauca* 19(1), 34–39. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6122545>
- Pla, M. (1999). El rigor en la investigación cualitativa. *Atención Primaria*, 24(5), 295–300. <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/3+Aten+Primaria+1999.El+Rigor+de+la+Investigaci%C3%B3n+Cualitativa.pdf>
- Preciado Ochoa, I. C. (2019). Una perspectiva crítica de las políticas públicas en salud: El caso del resguardo indígena Ticoya en la Amazonía colombiana. *Revista Internacional de Cooperación y Desarrollo*. <https://doi.org/10.21500/23825014.4016>
- Registro Único de Víctimas (RUV) | *Unidad para las Víctimas*. (n.d.). Retrieved July 29, 2021, from <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
- Revuelta Vaquero, B. (2007). La implementación de políticas públicas. *Dikaion*, vol. 21, núm. 16, pp. 135–156. <https://www.redalyc.org/pdf/720/72001610.pdf>
- Rivadeneira Santa María, A. Á. (2020). *Seguimiento y evaluación de los planes estratégicos en el sector salud: estudio de caso*, año 2018.
- Tose Vergara, Paula Andrea, & Ortiz Ruiz, Nicolás. (2019). Análisis de política pública centrado en actores: violencia por conflicto armado y construcción de paz en el Cauca (2012-2014). *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 64(237), 341–375. <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2019.237.65868>