

**Experiencias y significados del Derecho de la salud para personas en
condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado de la Zona 1
Nororiental de la ciudad de Medellín 2019 - 2020**

**Autor
Edison Alexander Bedoya Gómez**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Medellín, Colombia
2020**

**Experiencias y significados del Derecho de la salud para personas en
condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado de la Zona 1
Nororiental de la ciudad de Medellín 2019 - 2020**

**Experiences and meanings of right to health for people in the condition of
forced displacement by the armed conflict of Zone 1 Northeast of the city of
Medellin 2019 - 2020**

Edison Alexander Bedoya Gómez

**trabajo de grado optar al título de
Magister en Salud Pública**

Asesor:

David Hernández Carmona. Magister en Salud Colectiva.

Co- asesora.

Alejandra Lopera Escobar. Magister en Salud Pública.

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2020.**

Contenido

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Siglas.....	8
Introducción.....	9
1. Planteamiento del problema.....	10
2. Justificación.....	13
3. Marcos de referencia.....	14
3.1 La experiencia.....	14
3.2 Construcción de los Significados.....	15
3.3 Desplazamiento en la zona 1 Nororiental de Medellín.....	15
3.4 Derecho a la Salud Y desplazamiento en Medellín.....	18
3.5 Desplazamiento forzado por el conflicto armado.....	20
3.6 Hacia una definición de salud.....	20
3.8 Derecho a la Salud.....	24
3.8.1 La salud como derecho y los obstáculos para su consecución.....	26
Objetivo General.....	28
Objetivos Específicos.....	28
4. Método y metodología.....	28
4.1 Referente epistemológico.....	28
4.2 Tipo de estudio.....	29
4.3 Enfoque: etnográfico.....	30
4.4 Técnicas de recolección.....	32
4.5 La entrevista en profundidad.....	33

4.6 Preguntas orientadoras de la entrevista.....	34
5. Inclusión de los participantes.....	35
6. Protocolo acceso a la comunidad.....	36
7. Plan de análisis.....	36
8. Rigor metodológico.....	38
9. Consideraciones éticas.....	38
9.1 Cuatro momentos de los primeros auxilios psicológicos (60).....	39
Los sujetos con los que se investiga.....	40
Sobre los resultados de la investigación.....	41
Sobre la veracidad de la información.....	41
Difusión de resultados con la comunidad.....	42
Sobre las comunidades.....	42
10. Viabilidad.....	43
11. Factibilidad.....	44
Hallazgos y discusiones.....	44
12. Un éxodo infame.....	45
13. Con la casa a cuestas.....	47
14. habitando el Olvido.....	51
15. Significados del derecho a la salud.....	53
16. Acceso a los servicios de salud.....	55
17. Usos y costumbres del cuidado de la salud.....	58
18. Discusión.....	59
18.1 Salud Pública y derechos Humanos.....	59
18.2 Desplazamiento forzado, vivienda y derecho a la ciudad.....	60

18.3 El problema de la salud mental.	62
19. Conclusiones.	67
Anexo 1.	68
Anexo 2. Marco normativo	72
Anexo 3 Protocolos de seguridad para el trabajo de campo.	74
Referencias Bibliográficas.	76

Índice de Ilustraciones.

Ilustración 1 Mapa Oficial Ciudad de Medellín, división política y administrativa .	16
Ilustración 2 Mapa zonal de Medellín.	17

índice de tablas.

Tabla 1 Marco Normativo.	72
--------------------------	----

Resumen.

Objetivo: comprender las experiencias y significados del Derecho de la salud para personas en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado de la Zona 1 de la ciudad de Medellín.

Metodología: El paradigma que orientó esta investigación fue el hermenéutico, debido a que es una corriente epistemológica que busca interpretar y comprender los significados por medio de la experiencia de los sujetos. Por lo tanto, corresponde a un estudio de enfoque cualitativo con técnicas etnográficas.

Hallazgos: Las familias de desplazados tienen por cabeza de hogar a la mujer, donde los cambios en la estructura familiar y los roles de los sobrevivientes se evidencia en los significados y experiencias relacionadas con las vulneraciones del derecho a la salud.

Existe una vulneración a nivel económico que se agrava con el desplazamiento forzado esto lleva a los desplazados a vivir en condiciones de marginalidad, donde la ocupación de las zonas periféricas de la ciudad de Medellín es un elemento de exclusión y explotación que ayuda a la invisibilización, a la par que se vuelve una barrera para acceder a los servicios de salud y de la garantía del goce del derecho a la salud.

Palabras clave: derecho a la salud, desplazamiento forzado, significados y experiencias

Abstract.

Objective: to understand the experiences and meanings of right health for persons in condition of forced displacement by the armed conflict of Zone 1 of the city of Medellin.

Methodology: The paradigm that guided this research was hermeneutics, because it is an epistemological current that seeks to interpret and understand the meanings through the experience of subjects. Therefore, it corresponds to a qualitative approach study with ethnographic techniques.

Findings: Families of displaced persons have women as their heads of household, where changes in the family structure and roles of survivors are evident in the meanings and experiences related to violations of the right to health.

There is an economic violation that is aggravated by forced displacement this leads the displaced to live in marginal conditions, where the occupation of the peripheral areas of the city of Medellin is an element of exclusion and exploitation that helps invisibilization, as well as becomes a barrier to access to health services and the guarantee of the enjoyment of the right to health.

Keywords: right to health, forced displacement, meanings and experiences

“Hace más de medio siglo que las Naciones Unidas aprobaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y no hay documento internacional más citado y elogiado...

No es por criticar, pero a esta altura me parece evidente que a la declaración le falta mucho más que lo que tiene...

el derecho a la indignación, que es lo menos que la dignidad humana puede exigir cuando se la condena a ser indigna, ni el derecho a luchar por otro mundo posible cuando se ha hecho imposible el mundo tal cual es” ...

Ni derechos, ni humanos -Eduardo Galeano-

“Ellos viajan miles de leguas, por los libres caminos del aire y del agua.

No son libres, en cambio, los caminos del éxodo humano.

En inmensas caravanas, marchan los fugitivos de la vida imposible.

Viajan desde el sur hacia el norte y desde el sol naciente hacia el poniente.

Les han robado su lugar en el mundo. Han sido despojados de sus trabajos y sus tierras...”

Los emigrantes, ahora -Eduardo Galeano-

Siglas.

- **ONU.** Organización de las Naciones Unidas
- **DCP.** Derechos civiles y políticos
- **DESC.** Derechos económicos, sociales y culturales
- **PIDCP.** Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- **PIDESC.** Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- **Comité DCP.** Comité de Derechos Humanos de la ONU
- **Comité DESC.** Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- **OEA.** Organización de Estados Americanos
- **DSS.** Determinantes Sociales de la Salud.
- **EIS.** Evaluación de Impacto Sanitario.
- **DAGRED.** Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres.

Introducción.

El desplazamiento forzado es el resultado de décadas de conflicto armado en Colombia, lo que ha ocasionado una gran migración del campo a la ciudad, y entre distintos barrios de la misma, generando una gran presión en el diseño de políticas públicas en materia de salud y garantía de derechos humanos para las víctimas.

La presente investigación *Experiencias y significados del Derecho de la salud para personas en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado de la Zona 1 Nororiental de la ciudad de Medellín* busca ampliar la mirada de las personas en condición de desplazamiento, y cómo estas se relacionan con su nuevo entorno (la ciudad y sus periferias), desde los significados y las experiencias que se construyen en sus lugares de arribo, con las comunidades de acogida, frente al derecho a la salud, en la Zona 1 Nororiental de la ciudad de Medellín, compuesta por las comunas 1 Popular, 2 Santa cruz, 3 Manrique, 4 Aranjuez.

Se busca en primer lugar escuchar las voces de las personas en relación con el significado del derecho a la salud de las personas en condición de desplazamiento, a partir de la experiencia de vida en esta gran urbe, para comprender su significado de una manera integral y más allá del horizonte de la biomedicina.

En segundo lugar, se ve cómo este concepto integral de salud está posibilitando la reflexión del Derecho a la Salud frente a la problemática del desplazamiento forzado.

Con la participación de cinco personas nos acercamos a las vivencias del desplazado frente al derecho a la salud, y como desde sus voces nos muestran una realidad de vulneraciones y luchas cotidianas por alcanzar el goce pleno de dicho derecho. Se aborda el tema desde una dinámica epistemológica, desde el proceso teórico y práctico del intercambio de aprendizajes, desde la alteridad de construcción y deconstrucción de la red de significados y experiencias de las personas, bajo el marco de los contextos sociales y espaciales donde habitan.

1. Planteamiento del problema.

Colombia es el primer país del mundo con la mayor cifra de desplazamiento forzado interno, según las cifras estadísticas de la agencia de la ONU para los refugiados (ACNUR) “Colombia, con 7,4 millones de personas; Siria con 6,3 millones; e Irak, con 3,6 millones, son los que tienen las mayores poblaciones de desplazados internos.”(1).

El desplazamiento forzado en Colombia tiene una connotación histórica, fruto del conflicto armado que vive el país desde hace varias décadas, iniciando en los años 50’s con la lucha entre liberales y conservadores, luego en los 80’s con las milicias populares que se asentaron en los barrios, alcanzando su pico más alto en la década de los años 90’s con el paramilitarismo, manteniéndose la dinámica del desplazamiento forzado por el actuar de los grupos armados al margen de la ley, actualmente ligados al narcotráfico(2). Esto ha llevado a las personas a estar en el desarraigo y sometidos a vivir en una marginalidad social, cultural, económica y política, generando una gran vulneración en sus derechos humanos, en especial del derecho a la salud, debido a las condiciones precarias de vida a las que se ven sometidos (3).

De igual forma, son las ciudades las grandes receptoras del desplazamiento forzado, generando un choque en parte por la ruptura del tejido social de estas poblaciones que involucra aspectos políticos, económicos, sociales y culturales. Lo que lo convierte en un fenómeno complejo que afecta al ser humano en todas sus dimensiones, al encontrarse éste en una situación que rompe con sus vidas, sumiéndolos en una situación de precariedad y vulnerabilidad, de igual forma que sus condiciones para el bienestar como la salud, la vivienda, la educación, alimentación, trabajo, vínculos sociales, familiares y culturales quedan en entredicho (4).

Por lo tanto, el fenómeno del desplazamiento forzado, además de ser una tragedia humana y una problemática social que impacta a toda Colombia, en especial a las ciudades por ser éstas las grandes receptoras de esta población, plantea grandes retos para la salud pública, en especial para la garantía y protección del derecho a la salud, puesto que las personas y las familias que se encuentran en esta situación ven constantemente amenazado su bienestar y calidad de vida.

Si bien existe un extenso soporte jurídico e institucional para la atención en salud de la población desplazada, no existe por parte del Estado seguridad para que dicha garantía del derecho a la salud se haga efectiva, conforme a los requerimientos de la población (4). Este hecho es agravado por las dificultades que presenta esta población para adaptarse a las nuevas condiciones materiales, sociales, culturales, entre otros, de los lugares receptores. Lugares que pueden llegar a ser hostiles para

estas personas, por el rechazo y estigmatización a la que pueden ser sometidos por su condición de desplazamiento.

En este sentido, la posibilidad de comprender las experiencias y el significado del derecho a la salud para las personas y comunidades en condición de desplazamiento es relevante en la medida que conlleva al reconocimiento de las dinámicas de interacción de las personas y sus entornos, y las prácticas para conservar o mejorar la salud.

Así, los significados del derecho a la salud desde las personas y las comunidades son elaboraciones subjetivas que parten de las experiencias de las personas en su interacción con el entorno, es decir, que se generan en una dialéctica que hace posible la construcción de la realidad. Dado que los sujetos están en un universo cultural que se establece en un constante intercambio de conocimientos en doble vía, las acciones individuales generan códigos o estructuras de signos que forman a su vez, modos de relación entre las personas y el sistema social en el que se encuentran inmersos. “La sociedad se entiende en términos de un continuo proceso dialéctico compuesto de tres momentos: externalización, objetivación e internalización (5).”

Estos sistemas simbólicos se inscriben en la corporalidad del individuo para la interpretación y ordenación del mundo, pero a la vez son creados fuera de este por consenso entre el grupo social, para dar significado al mundo a través de procesos de interconectividad entre el lenguaje, la cultura y la naturaleza (6). En este sentido, los significados se constituyen a través de procesos complejos de percepción cognitiva individual y construcción colectiva de la realidad del mundo exterior, introyectado en la subjetividad del individuo (5).

Los sistemas de significados unen a los miembros de una colectividad social condicionando la reproducción del grupo como tal, lo que conlleva a que los modos de ser, sentir, pensar y actuar tengan una continuidad temporal a través de distintas generaciones; lo que conlleva a que el ejercicio del poder o la desigualdad estén relacionados con la facultad de los colectivos para integrar respectivos sistemas de significados (5).

En relación al derecho a la salud, se parte de que es un derecho universal, que se encuentra estrechamente relacionado con el ejercicio de otras libertades y derechos como la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación (7). Teniendo en cuenta que la salud es un recurso indispensable para la vida y se constituye como un fenómeno social complejo; su goce efectivo como derecho está condicionado no solo por los marcos jurídicos, normativos y políticos, sino por construcciones subjetivas de los individuos y las comunidades; quienes experimentan de forma particular la salud influyendo en las prácticas para conservarla y mantenerla (8).

Las nociones que tienen las personas acerca el derecho a la salud influye en las dinámicas social, simbólica y material de los grupos humanos y se reflejan en las acciones comunitarias frente a las políticas, leyes y normas que se configuran en el territorio. De esta manera cobra importancia los significados relacionados con el derecho a la salud, que construyen las personas en la vida cotidiana, a través de las experiencias, la interacción social y el lenguaje.

Es posible entonces pensar que, desde los significados del derecho a la salud a nivel comunitario, se evidencian procesos sociales como acciones de apropiación, movilización, gestión e incidencia política en los diferentes sectores (educación, vivienda, trabajo, infraestructura, servicios públicos y ambiente) que incurren como determinantes sociales de la salud (9).

Medellín es la segunda ciudad del país que recibe mayor cantidad de población desplazada después de Bogotá (10) y al interior de la ciudad es la Zona 1 donde más población desplazada residía en 2010, con 17.772 personas (11). En ella hay personas en condición de desplazamiento forzado reconocidos por la comunidad, quienes han participado en procesos en la gestión territorial, aportando desde sus experiencias propias al conocimiento colectivo construido en la comunidad y los significados que tienen acerca del derecho a la salud. En este sentido surge la pregunta de investigación, ¿Cuáles son las experiencias y significados del Derecho de la salud para personas en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado de la Zona 1 de la ciudad de Medellín?

2. Justificación.

La protección y fomento del derecho a la salud para la población en condición de desplazamiento ha estado orientado desde diversos sectores del Estado y actores sociales, a la medición y cuantificación de los impactos de la atención, y la expedición de normas para mitigar la grave situación en la que se encuentran, pero que no se han profundizado en los análisis que permitan establecer la reivindicación y conocimiento de las dinámicas de vida y su relacionamiento con el entorno, con el fin de disminuir las secuelas fruto del desplazamiento forzado, fortaleciendo el derecho a la salud en pro de la dignidad humana(8).

El derecho y la dignidad, categorías de alta significación social para todos y en especial para las poblaciones en marginalidad social, representan objeto de estudio para la academia; objeto de reclamación o exigencia permanente para las organizaciones sociales, y motivo de trabajo para los entes del Estado responsables de procurarlas y mantenerlas (4). Debido a procesos históricos propios del contexto colombiano, el sistema de significados relacionados con el derecho a la salud desde las poblaciones en condición de desplazamiento es inacabado y se encuentra en un incipiente proceso de construcción e internalización por parte de los individuos y las comunidades (12).

La comunidad que habita la zona 1 ha sido históricamente vulnerada y vulnerable, se ha desarrollado en el marco del desplazamiento forzado, la violencia y el narcotráfico; su conformación urbana se ajustó a las condiciones del terreno y es el resultado de procesos de planeación informales, espontáneos y desordenados (13).

Es necesario comprender los significados del derecho a la salud para las personas en condición de desplazamiento de esta zona, porque influyen en las dinámicas sociales, la definición de necesidades en salud, las prácticas y las luchas de estas comunidades.

Escuchar las voces de las personas en condición de desplazamiento de la zona 1 y los significados que construyen acerca del derecho a la salud, representa una forma de contribuir a las reivindicaciones de sus habitantes; que buscan en estos asentamientos un buen vivir y una vida digna para sus familias, así como conformar un territorio equitativo, incluyente y democrático que facilite la participación de todas las personas que moran en ella (14).

Los moradores de la zona 1 presentan muchas necesidades en salud, que actualmente reciben la atención del Estado y de la comunidad académica, quienes han fomentado el empoderamiento en los miembros de la comunidad para la gestión de acciones en salud en el territorio.

Este estudio aportará herramientas para futuros procesos de gestión comunitaria de la salud y dejará una memoria escrita sobre cómo los significados del derecho a la salud que se entretajan con los Derechos Humanos, posibilitando la reflexión de las acciones, prácticas y luchas, para su promoción y protección.

3. Marcos de referencia.

3.1 La experiencia.

Las dinámicas sociales de las personas están en constante cambio acorde a las relaciones que entablan con el entorno, ello parte de la forma en que la experiencia permite generar conocimiento por medio de situaciones y episodios que constituyen la vida misma.

Es en este sentido, la experiencia se constituye de la interacción entre el mundo objetivo y subjetivo por medio del conocimiento empírico, “la experiencia es, pues, de entrada, ese algo, lo otro respecto del entendimiento, en relación con lo cual se puede y se debe plantear la cuestión de la certeza como objetividad” (15). Estas formas de pensamiento son válidas en la medida que poseen una estructura y un sistema de significados sobre los diversos hechos sociales en los cuales está inmersa la comunidad; y se valen de interpretaciones simbólicas para alcanzar una praxis regulada de la sociedad, y en esta medida como seres humanos estos razonamientos los expresamos en el quehacer cotidiano.

La experiencia es pues el producto cognoscitivo de la actividad humana que a la par se nutre de emociones e ideas que llevan a un proceso de toma de conciencia con respecto al entorno. En esta medida Kant plantea que en ella radica las condiciones de la subjetividad humana, de una forma compleja que hace indispensable comprenderla como un proceso (16).

De esta forma, la experiencia se inscribe en el ser humano por medio de los modos de ser, sentir y pensar, a través de la cultura y la convención social, con respecto al mundo sensorial y el mundo objetivo alrededor, mediado por una interpretación ontológica. Tal como lo plantea Leach, entre el mundo percibido y la imagen sensorial, nos señala que los objetos y las cosas están mediados por el lenguaje de una forma simbólica de percepción de la realidad y estas formas son subjetivas que

pertencen al campo individual y objetivas, en cuanto corresponden al colectivo creando sistemas de significados complejos (6).

3.2 Construcción de los Significados.

Toda cultura crea una dinámica *sui generis* de diversos sistemas simbólicos para la interpretación de la realidad, estos sistemas no son concepciones que van más allá de las personas, sino que son producidos a través de las relaciones entre los miembros de un grupo por medio de la práctica de la producción simbólica. La relevancia de estos sistemas se fundamenta en que permite la legitimidad de un grupo a través de su convivencia. Es en esta vía cuando el individuo ha logrado una internalización de estos procesos sociales, ontológicos, puede socializar por medio de los significados sobre el mundo objetivo. De esta forma, la construcción de la realidad parte de dos puntos de vista el subjetivo y el objetivo, ambos están en constante flujo retroalimentándose el uno al otro; esto se percibe en la manera que la representación permite aprehender el mundo como realidad significativa y social (5).

Es así como la producción de significados está relacionada con los hechos sociales en la medida que parten de un contexto, pero a la vez son productores del mismo (17). Por lo tanto, la construcción de un entramado de significados son constitutivos de las representaciones sociales de la realidad por medio de elementos discursivos, que dependen de los contextos, lo que conlleva que las posturas de las personas varíen en función de estos mismos.

De igual forma, la distinción entre sujeto y objeto en este caso no se percibe como una división tajante, si no que están en una codependencia cíclica, que conforman la generación de significados en la que los individuos expresan sus opiniones en función de una lógica tanto cognitiva como social.

3.3 Desplazamiento en la zona 1 Nororiental de Medellín

Medellín en la segunda ciudad más poblada de Colombia, después de Bogotá D.C, con una población de 2.508.452 habitantes (18). La zona 1 de Medellín está ubicada

en la parte Nororiental de la ciudad y está compuesta por las comunas 1 Popular, 2 Santa Cruz, 3 Manrique y 4 Aranjuez.

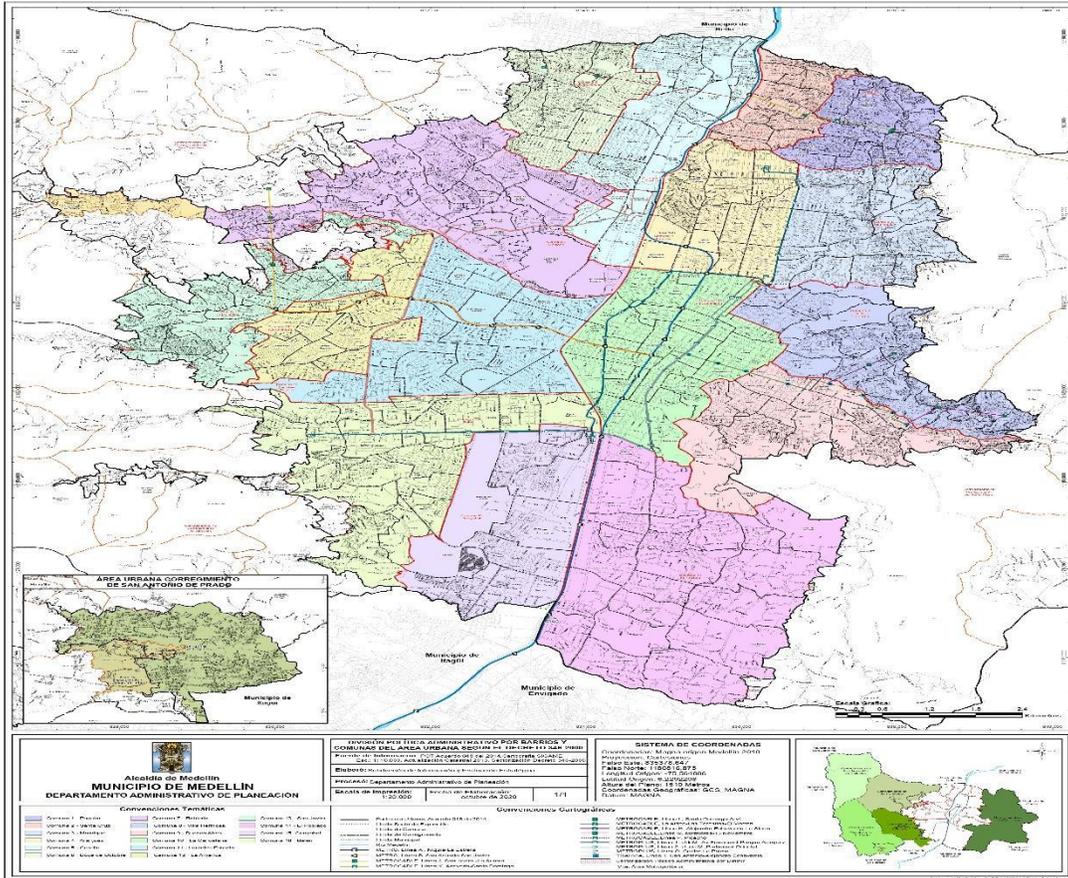


Ilustración 1 Mapa Oficial Ciudad de Medellín, división política y administrativa (79)

Desde sus inicios, los procesos de poblamiento de las comunas en las partes de la montaña se formaron por invasión. “Para las décadas del 50 y 60 comienzan a llegar gentes de estratos sociales más bajos a ocupar los terrenos más difíciles, por lo empinado y quebrado de su topografía. Esa ocupación se registra en la parte alta de Aranjuez, a través de especuladores que vendía lotes que legalmente no les pertenecían” (19).

Gran parte de los barrios que integran la zona 1 son de estratos 1 y 2, que han estado inmersos entre la legalidad y la ilegalidad en su conformación y atravesado por periodos de violencia que han ido impactando la forma de las relaciones sociales de sus habitantes. A medida que se fueron incrementando las edificaciones, la comunidad demandaba la prestación de servicios básicos y la ampliación de las vías, para implementar rutas de transporte, “en todos los casos lograban precarias soluciones con carácter provisorio. La comunidad comenzaba a demandar a Empresas Públicas una solución definitiva” (19). Alcanzando en los procesos de poblamiento ilegal a obtener una infraestructura precaria por medio de diversas

asociaciones de sus pobladores, “Este proceso de consolidación está en todos los casos basado en las organizaciones comunitarias y la relación que establecen con el Estado” (19).

Sin embargo, durante las década de los 80s y posteriormente en los 90s, el ocupamiento ilegal siguió en auge debido en parte a la conformación de nuevos asentamientos por parte de la población desplazada, a causa del conflicto armado, en especial de personas provenientes del campo que forman los barrios en la parte más alta de las comunas, sobre la falda de las montañas: “La Honda, La Cruz y Bello Oriente han surgido como resultado de la confluencia de múltiples problemáticas: desplazamientos forzados, falta de vivienda, carencia de servicios básicos, desempleo y condiciones de extrema pobreza, que llevaron a familias de origen campesino y urbano a refugiarse en este territorio.”(20).

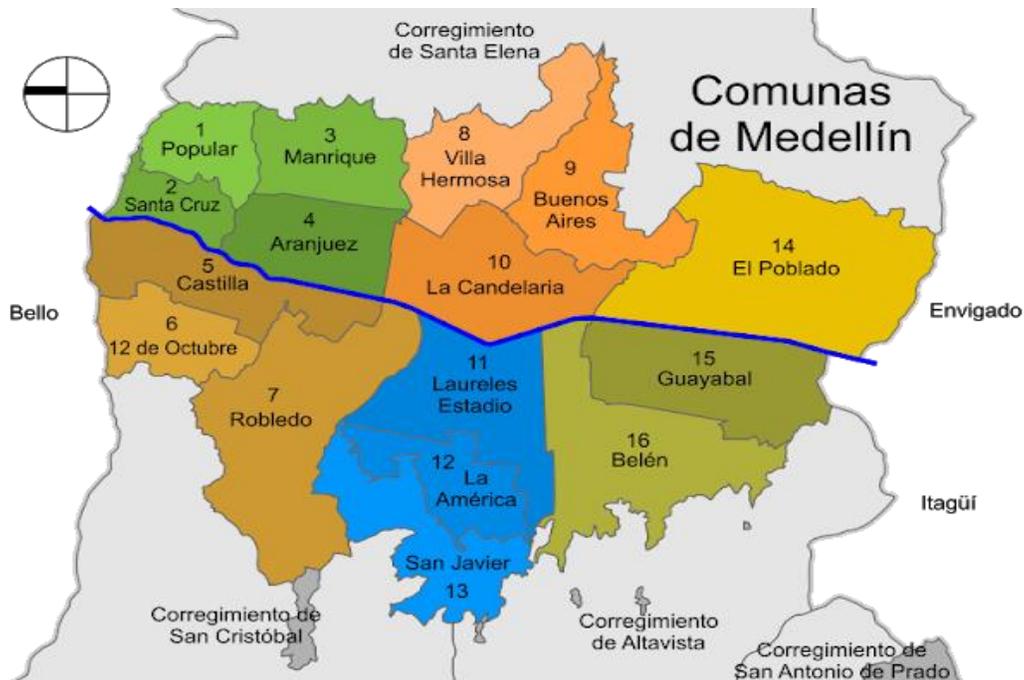


Ilustración 2 Mapa zonal de Medellín. (80)

Según datos del 2010, de la Alcaldía de Medellín, la Zona 1 Nororiental posee el mayor número de habitantes históricamente en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado en Colombia, con aproximadamente 57.111 personas (11).

La topografía del territorio les permite conservar ciertas prácticas de sus lugares de origen, y que a su vez les ha permitido establecer nuevas dinámicas de solidaridad entre vecinos, “Los pobladores se comenzaron a integrar compartiendo, desde la recolección del agua, la lavada de ropa, los ritos religiosos, hasta los eventos

culturales: la fiesta, la caminata, la fogata. Así se forjan los lazos comunitarios y de solidaridad que posibilitan la acción colectiva” (20).

En estos nuevos lugares precisamente la población desplazada a reconfigurado el territorio de las ciudades, y ha generado nuevas dinámicas, significados y experiencias frente a la realidad que los rodea; lo cual representa una forma de supervivencia y de resistencia con miras a la reparación y garantía de sus derechos, donde la salud es la parte vital para la consecución de los mismos.

En este escenario, este trabajo de investigación persigue precisamente develar las experiencias y significados que sobre la salud ha elaborado la población desplazada en la ciudad de Medellín, especialmente en la zona 1 Nororiental de la ciudad, por ser esta zona una de las grandes receptoras de esta población en la ciudad. Y a partir de los resultados de esta investigación, proponer nuevos abordajes y de comprensión de esta realidad, que contribuya a mejorar su calidad de vida y bienestar. Al tiempo, generar procesos sociales para impactar positivamente los Determinantes Sociales que faciliten el goce efectivo del Derecho a la Salud de esta población en la ciudad de Medellín.

3.4 Derecho a la Salud Y desplazamiento en Medellín.

Para el año 2010 se estimaba que el 64 % de los colombianos era clasificado como pobre; aproximadamente del total de la población colombiana el 51% son mujeres y del 40 % del territorio ha sufrido desplazamiento por causa del conflicto armado (21). Frente a este panorama tenemos que las personas receptoras que ha padecido el conflicto son más vulnerables, pues por medio de las estrategias de dominio por parte de los grupos armados delimitan los territorios y generan la instauración de las violencias sobre el otro como formas de la guerra, esto unido a la poca eficacia de políticas de protección por parte del estado colombiano para una garantía total de los derechos humanos.

Si bien por parte del gobierno nacional se han establecido medidas para la protección de las personas en condición de desplazamiento por medio de leyes, normas y decretos (ver anexo 2) , aún persiste una brecha para alcanzar una protección integral del derecho a la salud, en parte por el desconocimiento de las personas de las rutas institucionales para su atención, y por otro lado una serie de obstáculos por parte del estado para la aplicación de dicha normatividad y programas de forma eficaz y accesible, pues en muchos casos no hay una plena

identificación de la población debido a su movilidad lo que impide la continuidad de los programas y la participación de las personas.

En estos contextos son las mujeres, los niños y los jóvenes los más afectados por el desplazamiento forzado, donde las dinámicas de la ciudad los obliga a establecer nuevos roles para lograr su adaptación en los territorios ubicados en su mayoría en las laderas de las comunas populares de Medellín (21).

La calidad de vida que se evidencia en estos barrios periféricos de la ciudad de Medellín es precaria, pues se estima que “el 50% de las familias desplazadas están encabezadas por una mujer, cifra que dobla el promedio del país, en el que el 24% de los hogares son sustentados por mujeres. La condición económica del desplazado se deteriora por el contexto sociopolítico y la dificultad para insertarse laboralmente y generar ingresos” (22).

Debido al conflicto armado son la mayoría mujeres cabeza de hogar quienes se vieron sometidas al desplazamiento, a la vez que fueron consideradas botín de guerra por parte de los diversos grupos armados que operan en los territorios en disputa. Ante esta situación, en el año 2008 se creó en Medellín la Mesa de Participación de las Mujeres para dar seguimiento al Auto 092 de la Corte Constitucional donde se establecía en un sentido amplio el derecho a la salud de las mujeres desplazadas, en especial lo referido a las violencias sexuales, pues en los barrios populares los diversos actores armados dictaban normas estrictas de control sobre los cuerpos de las personas que allí moraban (21). Si bien existen acciones por parte de organismos de la policía y la fiscalía, nunca son suficientes las acciones que garanticen de manera integral a las mujeres y sus familias, y siempre están presentes los riesgos frente al derecho a la salud y otros determinantes sociales de las personas.

En un contexto más ampliado sobre las acciones que se han realizado en pro del derecho a la salud, en la comuna popular 1 perteneciente a la zona de interés de este proyecto, se viene implementando una estrategia de intervención por parte de la comunidad con miras a promover acciones de salud urbana de una manera integral y estructurada. Acorde a esto, han venido trabajando en el proyecto comunitario local de salud que busca generar espacios para comprender esta desde *un enfoque de derechos* por medio de la participación democrática, donde la salud y la enfermedad van más allá de una relación racional instrumentada de lo institucional normativo y lo ubica en la esfera de las interacciones sociales, que los llevan a entender la salud tanto como una concepción más allá del paradigma de la biomedicina, que busca el reconocimiento de las diferencias que priorizan el accionar en materia de salud en sus territorios.

3.5 Desplazamiento forzado por el conflicto armado.

La guerra y el desplazamiento forzado están entrelazados ineludiblemente. En Colombia, se ha reconfigurado el sentido de nación desde diversos actores (23), desde dimensiones que abarcan lo político, lo social, lo cultural, y lo económico. Esto ha llevado a que el desarrollo de las ciudades se vea afectado por la llegada de la población que busca huir del conflicto armado de sus lugares de origen. El desplazado, a diferencia del que viaja, lo hace por necesidad; mientras en el primero se dan aspectos de control de la situación, ya sea por la búsqueda de nuevas experiencias o crecimiento personal por medio del destino. En el desplazado lo importante es el acto de partir, la huida para preservar la vida (24); en consecuencia, las personas en condición de desplazados por la violencia, muchos de los cuales vienen del campo, y entre la población con menos recursos económicos, se ven obligados a llegar a las ciudades, a vivir en la marginalidad y el ocultamiento, haciendo que el hecho del desplazamiento no culmine con la huida, sino que es una condición que se va extendiendo a lo largo del tiempo y va deteriorando la vida de quienes se ven sometidos a dicha condición: “la experiencia traumática del desplazamiento conduce a quien la padece a actuar dentro de una estructura socio-cultural que degrada su identidad y lo obliga a responder con el ocultamiento, la oscuridad, el silencio o el desvío.” (2).

De igual forma, el desplazamiento forzado a causa del conflicto armado está generando una enorme presión en las urbes debido al efecto de la concentración de dicha población, principalmente en las grandes ciudades, lo que, anudado a los problemas estructurales de falta de oportunidades, aumenta la brecha de desigualdad y vulneración de los derechos humanos, en especial los ligados a la salud. Los nuevos asentamientos, conocidos como informales o barrios de invasión, donde se inserta este tipo de población, carecen de las condiciones básicas mínimas para su protección y desarrollo, como agua potable, tierra segura, vivienda digna, entre otras, y principalmente de un sistema de salud integral y accesible (24).

3.6 Hacia una definición de salud.

Según la definición de la carta de constitución de la OMS la salud es: “estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad” (25). Con esta definición la OMS amplía el concepto de salud y lo desliga de la enfermedad transformándolo en una noción positiva, pero aún es incompleto para las complejidades de la vida contemporánea.

Aunque no existe un consenso claro sobre lo que se puede entender por “bienestar”, tal como lo define la OMS, lo que sí está claro es que la noción de salud responde a un campo mucho más amplio, en el cual los determinantes sociales, económicos y culturales se interrelacionan e interactúan entre sí, dando como resultado condiciones de vida, salud, enfermedad y muerte en un territorio dado. Entendida así, “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (26).

A lo anterior no debemos olvidar que el concepto de salud está ligado a una historicidad propia y que se ve matizada por las representaciones y significados que cada sociedad le ha dado. En ello se conjugan no sólo los imaginarios sociales, sino también las dinámicas de los movimientos populares y políticos, para dar respuesta a esa síntesis de las interacciones con el entorno.

3.7 ¿Qué son los Derechos Humanos? El marco de origen del derecho a la salud

La historia moderna de los Derechos se remonta a 1789 (Revolución Francesa). En esta primera generación de derechos, denominados Derechos del Hombre, eran reconocidos los atributos inherentes a la persona como individuo autónomo. Entre estos estaban el derecho a la vida, la igualdad, la seguridad, la propiedad, la educación, la participación y la autonomía. Todos ellos eran a la vez la base del proyecto de Estado Moderno conocidos como derechos de primera generación (27).

Es cuando los países comienzan a desarrollar su crecimiento al interior y exterior de sus fronteras que surgen los derechos que garantizan el ámbito que rodeaba la vida de los ciudadanos. Al respecto el sociólogo Marshall, en su conocida conferencia sobre la ciudadanía y la clase social, nos dice:

“La historia de los derechos civiles en su período de formación es la de una inclusión gradual de nuevos derechos a un *status* que ya existía y que se consideraba que afectaba a todos los miembros adultos de la comunidad —o quizás habría que decir a todos los miembros varones, ya que el *status* de las mujeres, al menos de las casadas, era peculiar en muchos aspectos—. Este carácter democrático o universal del *status* emergió naturalmente del hecho de que era fundamentalmente el *status* de la libertad, y en la Inglaterra del siglo XVIII todos los hombres eran libres” (28). Al definir ámbitos que van más allá de los derechos civiles y políticos, que pretenden la búsqueda de ampliar la protección con respecto a las esferas económicas, sociales, culturales y de los pueblos que dan forma a los derechos referidos, como

de segunda generación, pues van más allá del individuo (27). Así, se comienzan a configurar los Estados Modernos, en una lenta transformación que van involucrando los derechos del hombre para darle forma a la noción del ciudadano como parte esencial de la sociedad del S. XX.

Luego de la Segunda Guerra Mundial se definen los derechos que propenden por ampliar los aspectos protectores de los individuos y colectivos ante la devastación evidenciada en la posguerra; estos derechos son concebidos para garantizar el desarrollo de las sociedades. Son los derechos llamados colectivos, referidos al desarrollo, la paz y el medio ambiente, que complementaron definitivamente la mirada protectora sobre el ser personal y colectivo, natural y cultural, histórico y concreto de los hombres y de sus vidas (27).

De esta forma surge la tercera generación de derechos llamados colectivos pues se constituyen pensando la relación entre las personas y de los recursos naturales, lo cultural, lo histórico, con miras al desarrollo de la paz y el medio ambiente. Estas categorías de derechos apuntan a la transformación del Estado Liberal hacia el Estado Social de Derecho, donde el ciudadano puede alcanzar el pleno desarrollo de su potencial por medio de la garantía de estos.

Todos ellos están expresados en las Declaraciones Universales de los Derechos del Hombre (1789 y 1948), y en Convenios, Pactos y Tratados internacionales, multilaterales y bilaterales, tales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966 y 1976), en el contexto de la Organización de Las Naciones Unidas, ONU (27).

En su definición más técnica, los derechos humanos son aquellos inherentes a la raza humana, por su condición de existencia en todos los individuos que la componen. Estos tienen tres principios que son: universales, inalienables e imprescriptibles, y a la vez estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles (29). Para algunos teóricos de los Derechos Humanos (de ahora en adelante los designaremos con la sigla DDHH) se remontan a la historia misma de la humanidad, pues en cada sociedad se establecieron reglas y normas que buscaban garantizar la protección de sus habitantes.

Los Derechos Humanos nacen con la humanidad misma. Siempre se han encontrado presentes en la historia del ser humano. El reconocimiento de estos derechos ha evolucionado de acuerdo con cada época. Si pensamos por ejemplo en la sociedad griega de hace 2500 años, vamos a encontrar que existía un sector de esa sociedad que gozaba de ciertos derechos, otro sector era esclavo y no tenía esos derechos. Otro ejemplo lo tenemos con los romanos de hace 2000 años que conquistaron a los griegos y continuaron con la esclavitud (30).

Lo anterior nos revela que la evolución de los D.D.H.H presenta el ideal de lo que consideramos humano en cada sociedad, pues en cada hito se materializan las exigencias de lo político, económico y comunitario.

Como seres humanos los D.D.H.H se convierten en nuestra apuesta interpretativa de lo que somos como humanidad en busca de la dignidad que permita el desarrollo justo de cada individuo hasta el máximo de su potencial, garantizando las condiciones ideales para alcanzar dichos objetivos personales y sociales.

Los D.D.H.H consideran que la condición humana está centrada en la dignidad, entendida como aquello que hace a los hombres merecedores del respeto y la estimación de los demás y de sí mismos; y en la libertad, la igualdad, la propiedad a la seguridad y la autonomía o "resistencia a la opresión", como lo expresó la primera Declaración de Los Derechos del Hombre y del Ciudadano, proclamada en 1789 en Francia (27). También en la misma medida los D.D.H.H son una manifestación de nuestros ideales políticos y sociales.

Por ello, desde su nacimiento los D.D.H.H han establecido un control al ejercicio del poder y una exigencia central a quien lo ejerce: la legitimidad de su ejercicio, y la existencia de la democracia, la cual permite la libre expresión de los ciudadanos constituidos como mayorías y minorías. En tal sentido, los D.D.H.H como ideal político y social debieron ser "proclamados" y promovidos como un ideal a seguir; de allí su íntima relación con la actividad educativa, y que su protección siempre vaya acompañada de su promoción y defensa (27).

Así, desde esta perspectiva, los D.D.H.H son el conjunto de normas y reglas para garantizar la convivencia ciudadana y desarrollo de la vida plena de los ciudadanos a nivel nacional con regulación internacional buscando proteger a los individuos y grupos contra acciones que interfieran en sus libertades fundamentales y en la dignidad humana (31).

Como resultado de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 en la posguerra buscaban establecer la garantía para los estados y sus ciudadanos de las libertades políticas, económicas y de participación. Posteriormente, luego de dos décadas, en 1966 se establecieron los derechos económicos, sociales y culturales conocidos por su sigla DESC como una manera de darle más integralidad y cobertura a los principios de estos, pero con el transcurso de la guerra fría y sus ideales los derechos se fueron categorizando por generaciones, lo que a la larga ocasionó una jerarquización de estos estableciendo diferencias en los significados de los mismos, relegando los DESC a meras aspiraciones programáticas y relativizando la obligación de los estados. Esto ha generado el reconocimiento tardío de la salud como derecho.

Por su parte, Colombia se ha suscrito a la normativa del sistema internacional de los derechos humanos por primera vez en el año 1969 y entró en vigencia en 1978 con la convención americana sobre derechos humanos suscrita en San José Costa

Rica, y que quedó plasmada en la Ley 16 de 1972 (32) en cuyo artículo primero el Estado Colombiano se compromete a velar por los derechos y libertades plasmadas en dicha convención.

3.8 Derecho a la Salud.

Entre los derechos económicos, sociales y culturales reconocidos por los Estados está el derecho a la salud, eje de reflexión y análisis del presente estudio; no obstante, el camino para el reconocimiento de la salud como derecho en Colombia ha sido largo, pues en un primer momento, después de la constitución de 1991, la salud era un derecho conexo a la vida, lo que impedía su real reconocimiento y garantía. En este sentido, el goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos, tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación (33).

En el derecho a la salud se entrecruzan diversos componentes desde lo social, económico y cultural, que no solo se limitan a los servicios de salud. Por lo tanto, el derecho a la salud incluye tanto el derecho a los servicios de salud como el derecho a estos otros determinantes indispensables para la salud (34).

En el artículo 12 de la Observación General 14 nos señala que, en lo concerniente al derecho a la salud, que la efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley (34).

Así, la aplicación del derecho a la salud comprende un amplio espectro que depende en gran medida de las condiciones preponderantes para cada Estado. Este posee atributos que le son interrelacionados y primordiales, entre los cuales tenemos, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del derecho a la salud. ¿Qué implica cada uno de estos?

a) Disponibilidad. Referido al tema de infraestructura adecuada de bienes y prestación de servicios, que incluyan los determinantes básicos en salud en relación con el nivel de desarrollo en cada Estado.

- b) Accesibilidad. Basado en la garantía para todos-as las personas, sin discriminación por razones de etnia, género, o condición económica, con especial énfasis en la facilidad en el acceso a la población más vulnerable.
- c) Aceptabilidad. Partiendo del respeto por la cultura, de cada persona, las minorías étnicas, las condiciones de género y el ciclo de vida con un alto nivel de ética médica.
- d) Calidad. No solo los bienes y servicios deben ser aceptables desde el punto de vista cultural, sino que además deben ser adecuados desde el punto de vista científico, médico y de buena calidad (34).

Al respecto de estos ítems se ha planteado que las obligaciones de los Estados es la de garantizar el llamado Contenido Mínimo Esencial, para la garantía del derecho a la salud.

El contenido mínimo esencial para el derecho a la salud (CME) se refiere al acceso universal a bienes y servicios de salud, a medicamentos esenciales, a asistencia médica y sanitaria preventiva y curativa, a un plan nacional de salud pública, a la provisión de seguro y de servicios de salud para quienes carecen de recursos; además, a la educación e información en salud y a la cooperación internacional. El CME es de efecto inmediato e independiente de los recursos económicos (35).

Considerando esto, vemos como en la Ley estatutaria 1751 de 2015 la naturaleza del derecho a la salud “Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.” (36). Como vemos, se refiere no solo exclusivamente al acceso a los servicios de salud, lo cual es una noción bastante amplia, con respecto al derecho a la salud pues también se tiene en cuenta los determinantes sociales que van más allá de la prestación del servicio en la cual se sigue centrando el tema de la salud, yendo más allá del ámbito de la enfermedad y los establecimientos clínicos, visibilizando por primera vez en la legislación colombiana un plano para intervenciones más eficaces en materia de salud pública con la participación de las comunidades. (37).

A esto se agrega que la promoción del derecho a la salud, desde los territorios urbanos, se vincula como el eje de las reivindicaciones de sus habitantes, que buscan en estos asentamientos la proyección de un lugar equitativo y democrático que facilita la participación de todas las personas que moran en ella. “El usufructo equitativo de las ciudades dentro de los principios de sustentabilidad, democracia, equidad y justicia social, y se le concibe como una herramienta política de las luchas en todo el mundo” (14).

3.8.1 La salud como derecho y los obstáculos para su consecución.

La idea de los DESC se basa y se consolida en la concepción de una justicia distributiva, de esta forma se espera que los Estados garanticen para sus ciudadanos las condiciones necesarias para su desarrollo pleno. Pero la materialización de estos para el campo de la salud pública no es sencilla, pues su implementación es bastante compleja en el sentido que el reconocimiento de los DESC ha sido el resultado de la lucha de los activistas, frente a la pugna entre la concepción de los derechos como libertad vs igualdad, pues mientras desde unos postulados teóricos consideran que solo los derechos civiles, políticos, reconocidos por sus siglas DCP son de inmediata exigibilidad, pues responden a la idea del estado liberal donde solo la garantía del derecho a la vida, la propiedad privada y la libertad son suficientes para alcanzar el desarrollo de la dignidad humana.

La argumentación del modelo de Estado libertario o neoliberal desde la base de los individuos racionales en la consecución de sus intereses básicos, definidos en la forma de derechos naturales a la vida, la libertad y la propiedad, se legitima un orden político donde el ámbito de derechos de algunos es mayor en relación con el de otros, pues la ideología del libertarismo presupone que todos comienzan en condiciones iguales y es responsabilidad de cada uno el tener menos o más (38).

Los modelos que buscan generar una justicia social distributiva, en cuyo seno yace la concepción amplia de los derechos sociales como parte integral de todos los D.D.H.H pues solo de esta manera se aspira a que los estados permitan establecer el reconocimiento de estos como una garantía de la libertad reconociendo las diferencias y necesidades particulares orientándose a una sociedad no excluyente.

En el modelo de la política de la igualdad, la autonomía no se puede reducir a la autodeterminación conseguida mediante el aseguramiento de los derechos y libertades individuales, si no se garantizan las condiciones para que los individuos puedan realizar sus planes particulares de vida buena y alcanzar las pretensiones de reconocimiento de las identidades colectivas, solo de esta forma se consigue la autonomía como personas éticas (38).

A esto se suma que existe un panorama desolador sobre la realidad de los derechos humanos en Iberoamérica, por la profunda crisis que sufren las aspiraciones colectivas para la garantía de los derechos sociales donde, el modelo económico neoliberal se convierte en un obstáculo sobre los ideales de los derechos sociales y hacen un retroceso de los mismos, pues la raíz del pensamiento liberal del libre mercado, y los pocos o nulos controles sobre los recursos económicos,

hacen que la garantía de los D.H no cubran las necesidades de toda la población por parte de los gobiernos, pues en nuestros países mal llamados “tercer mundo” existe una absoluta dependencia de los capitales extranjeros, lo que nos ponen en una condición de vulnerabilidad ante la globalización del sistema económico que solo sirve a intereses particulares (39). Ante lo cual, el derecho a la salud como parte de los DESC se convierte en un espacio de la lucha social para disminuir las desigualdades, pues particularmente los estados se han vuelto garantes del libre mercado, evitando así que este tenga el mínimo de obstáculos posibles para su expansión.

La situación de salud en América Latina debe verse bajo la luz del neoliberalismo, en donde todos los sectores sociales deben volverse rentables y el Estado garantiza el funcionamiento del mercado con el mínimo posible de obstáculos. Un nuevo proyecto de sociedad, que genera una profundización del desigual orden económico mundial, con un fuerte componente político e ideológico, sustentado en la crítica al Estado de bienestar, en la exaltación del mercado y del individualismo. Esto genera una transformación estructural del derecho a la salud, su mercantilización y reducción de su dimensión política (40).

De esta forma, vemos que el cumplimiento de un derecho corresponde a entramados complejos referidos en gran medida a la aceptación política y la demanda social del mismo, por lo que algunos sectores políticos y económicos no se comprometen de pleno con los D.D.H.H porque les genera conflictos de intereses. Para el caso de Colombia, no ha sido la ausencia de respuestas técnicas lo que ha dificultado la toma de decisiones en políticas públicas de salud, sino más bien una falta de consenso entre las relaciones de poder entre el sistema político y económico respecto al campo de la salud (8).

Teniendo en cuenta lo anterior, se debe establecer el reconocimiento de los D.D.H.H de forma integral y no jerarquizado para responder a las demandas sociales y culturales, en donde los conflictos del poder puedan ser resueltos con el compromiso de todos los sectores, reconociendo las particularidades culturales y nacionales en las que radica la universalidad de los mismos, para alcanzar el horizonte de la justicia social partiendo de las particularidades más que desde la homogenización del discurso del libre mercado y el neoliberalismo.

El enfoque de los derechos humanos tiene que consistir, básicamente, en una interrelación sinérgica entre la perspectiva de los derechos humanos, la concepción que se tiene sobre la salud y la organización social. La falta de consistencia en alguno de estos aspectos influirá en el diseño de las políticas, los programas y las prácticas de salud, lo que definitivamente tendrá efectos negativos en la salud y en el bienestar físico, mental y social de los individuos, hombres y mujeres (41).

Objetivo General.

Comprender las experiencias y significados del Derecho de la salud para personas en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado de la Zona 1 de la ciudad de Medellín.

Objetivos Específicos.

- Describir las experiencias relacionadas con el derecho a la salud para personas en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado de la Zona 1 Nororiental de la ciudad de Medellín.
- Identificar las prácticas cotidianas relacionadas con el derecho a la salud que llevan a cabo las personas en condición de desplazamiento en la zona 1 Nororiental de la ciudad de Medellín.
- Interpretar los significados del derecho a la salud para personas en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado de la Zona 1 Nororiental de la ciudad de Medellín.

4. Método y metodología.

4.1 Referente epistemológico.

El paradigma que orientó esta investigación fue el hermenéutico, debido a que es una corriente epistemológica que busca interpretar y comprender los significados por medio de la experiencia metódica. De esta forma, la comprensión de los hechos sociales desde la hermenéutica implica asumir una postura epistemológica y

metodológica que nos permite indagar en profundidad en los significados, las acciones y pensamientos de las personas, para poder comprenderlos e interpretarlos desde una configuración particular de las sociedades (42). Dilthey, uno de los mayores exponentes de la hermenéutica, nos indica que el acto de comprender se da en la medida que los procesos conscientes del individuo pueden ser transferidos al exterior por medio de sus acciones, lo que hace a los signos tener un soporte material para su interpretación (42). Esto plantea una dicotomía en la comprensión, pues hace referencia al mundo interior como al exterior, o visto de otra forma, a los procesos ontológicos de la significación del entorno, como también a las expresiones representadas en las acciones y experiencias, donde las personas están interactuando en una construcción social por medio del espacio y el tiempo.

En este sentido, los signos que se comprenden son los que se dan por medio de la observación y no permanecen aislados, si no que hace parte de un conjunto, por medio del cual estos signos se vuelven el significante por medio de la interacción con el entorno (43), esto conlleva a que la interpretación parte de la base de lo ya conocido, punto del cual se nutre creando una dialéctica circular, “la interpretación se mueve dentro de lo ya comprendido y se nutre de ello, entonces se mueve en un círculo. Pero no se trata de un círculo vicioso, sino de un círculo hermenéutico” (44).

En consecuencia, el acto de interpretar parte de la intención de los individuos con los significantes, expresados no solo en sus procesos ontológicos, si no en las interacciones dadas por la estructura del discurso, del encadenamiento signo-significante-referente. “Debido a que la comprensión sigue siendo el núcleo irreductible de la interpretación, se puede afirmar que la comprensión siempre precede, acompaña y concluye los procedimientos explicativos” (42). Todo ello en un marco que constituye la estructura fenomenológica dependiendo de los contextos particulares

4.2 Tipo de estudio.

Para la presente investigación, y en consecuencia con el episteme hermenéutico para alcanzar los objetivos planteados, se partió de un análisis cualitativo que rescata lo subjetivo, riqueza y profundidad en los contenidos y en la descripción de las relaciones humanas, las experiencias y los significados, en los contextos naturales de las personas. De esta forma el compromiso interpretativo subyace en

el compromiso de las relaciones de las personas frente al mundo objetivo, estableciendo las dinámicas ontológicas al ubicarse en los modos de ser, sentir, pensar del otro. “Interpretar es también la forma en la que nos relacionamos con nuestros semejantes y, entre los numerosos asuntos que hemos de descifrar, quizá uno de los más complicados sea precisamente ese: los mensajes que recibimos de ellos” (45).

De igual forma, la investigación cualitativa nos permite el acercamiento a las subjetividades a partir de la lectura que las personas dan a su entorno, por medio de las motivaciones y significados de las vivencias de estos. “Pretende comprender en un nivel personal los motivos y creencias que están detrás de las acciones. Según expresa Jack Douglas, las fuerzas que mueven a los seres humanos como seres humanos y no simplemente como cuerpos humanos son materia significativa [ideas, motivos internos y sentimientos].” (46).

Para ello la investigación cualitativa se vale de técnicas como la observación, la entrevista en profundidad, observación participativa, a partir de las cuales se generan datos descriptivos, que pueden ser interpretados. (46).

El presente proyecto de investigación hemos analizado cómo el desarrollo de la salud ha estado en una evolución política y jurídica de la mano del conjunto de los D.D.H.H, es por eso que en el marco de este estudio buscamos abordar el derecho a la salud desde su naturaleza social, a partir de las vivencias de la comunidad centrado en personas en situación de desplazamiento forzado. Para ello, nos valimos de las herramientas de la etnografía, para la recolección de datos.

4.3 Enfoque: etnográfico.

Para el abordaje y comprensión de los significados y experiencias de la población en condición de desplazamiento forzado, a causa del conflicto armado, se debe tener en cuenta las construcciones que se dan en los contextos socioculturales de las personas que interactúan por medio del tiempo y el espacio, para formar redes de significados frente a su cotidianidad que se materializan en sus vivencias. Por ello, el empleo de las posturas *emíc* y *etíc* desde un enfoque etnográfico planteado por Marvin Harris nos debe acercar a los procesos de intercambio de conocimientos permitiendo establecer las posiciones propias de los individuos en las comunidades, conservando una postura que facilite entretener conocimientos a partir de ambas perspectivas, la interna y la exógena en el desarrollo de la observación. “El recurso a la dicotomía *emíc-etíc* ...resulta imperativo si es que queremos identificar las perspectivas del materialismo cultural en el contexto de la ciencia social moderna.

Los conceptos de emíc y etíc proporcionan una base epistemológica y operacional” (47).

En relación con el concepto de cultura, retomamos la reflexión de Clifford Geertz “el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, ... la cultura es esa urdimbre.” (48). De esta forma se interpretaron las relaciones que se dan entre las experiencias y significaciones sobre el derecho a la salud de la población en condición de desplazamiento forzado de la zona 1 de Medellín.

Las herramientas de la etnografía se desarrollaron en el trabajo de campo y en la interpretación de los datos que emergieron de este (46). Para ello el etnógrafo debe establecer una serie de pautas que dirijan su acción en campo, partiendo de la pregunta de investigación que será su norte en la interacción con las personas y fenómenos que le son de su interés investigativo (49).

En este sentido, “la descripción de los datos de campo tiene por objeto presentar un cuadro coherente y auténtico, en lo posible, del sistema sociocultural” (50), ello implica desde un paradigma hermenéutico reflexionar el otro reconociendo las limitaciones del investigador, “La capacidad inconmensurable de la herramienta/investigador reside en la conciencia de sus propias limitaciones, pues su poder de adecuación no es universal a los requerimientos (49).

Cada tipo de análisis presenta dos significantes: en primer lugar, demostrando como el conocimiento de la realidad es posible en la medida que se descomponen sus partes; y, en segundo lugar, estableciendo como existen vínculos entre sus componentes basados en cierto tipo de reglas para su agrupación.

Morse señala que todo investigador al iniciar su etnografía debe tener muy clara su postura epistemológica, de tal forma que no solo sea comprensible para el mismo, si no para el público en general. En igual medida, el investigador debe saber diferenciar muy bien el tipo de fuente desde lo emíc y desde lo etíc, al momento de realizar sus interpretaciones (51).

Esto nos lleva comprender que la interpretación de los datos en el sentido etnográfico tiene un marco de referencia que es la descripción, que parte desde la observación, reconociendo que existe un enriquecimiento del investigador desde su experiencia que aporta al proceso interpretativo dado por las limitaciones subjetivas por parte del investigador. Sin embargo, nos permite acercarnos a una postura de reflexividad en la medida que buscamos el sentido del otro desde las lógicas de la alteridad y reconocerlo como sujeto libre e innominado, es decir también reconocerle como un sujeto de derechos desde un punto de vista ético de la libertad e igualdad.

De esta forma, se genera una lógica desde la alteridad que transgrede la noción de totalidad y abre un espacio ontológico fundamental del ser, reconociéndolo

precisamente como el otro por ser otro, en la medida que el investigador también se deja interpelar.

La interpretación de los datos se da en la cultura como procesos semióticos, que captan la vida misma por medio de las actividades e interacciones de las personas con el entorno, que permite percibir los significados del pensamiento humano, “considerado en nuestro primer sentido «psicológico», como fenómeno interno, se correspondió con un progreso no menos constante de una concepción radicalmente pluralista de éste en nuestro segundo sentido «cultural», como hecho social” (48).

Morse citando a Sprandley (1979) también nos habla que el tema de la cultura es “cualquier principio cognitivo, tácito o explícito, recurrente en un gran número de dominios y que sirve como relación entre subsistemas de significados culturales” (51). De esta forma, la etnociencia permite acercarse a la cultura por medio de los marcos referenciales de los mapas mentales que la gente hace cuando se establecen de manera simbólica relaciones significativas.

4.4 Técnicas de recolección.

La etnografía, como parte de la investigación cualitativa, se vale de diversas técnicas para la recolección de la información, entre las cuales se encuentran, la observación, la observación participante y la entrevista. Para efectos del presente estudio se utilizó la entrevista, de la cual se obtuvieron los datos descriptivos, que posibilitaron la comprensión de las acciones y motivaciones de las participantes. El propósito final fue entender los contextos de forma holística y poder desarrollar los conceptos partiendo de esta generación de datos.

Toda Investigación cualitativa parte de un diseño flexible, pues en ella se involucra la subjetividad de parte del investigador y por consecuencia la relación con los informantes se da de forma natural, inicialmente con la formulación de preguntas de forma ampliada, no cerrada, e interpretando por medio de las pautas de los datos, no como forma aislada, sino comprendiendo como un todo (46).

Así mismo, alcanzar un buen nivel de empatía en las primeras etapas del trabajo de campo, nos permitió alcanzar un clima adecuado para profundizar en las preguntas.

En la investigación cualitativa se conoce a esto como el *rapport*, “El *rapport* no es un concepto que pueda definirse fácilmente. Significa muchas cosas” (52), podemos decir que su principal componente es la empatía, como ya habíamos mencionado es un factor indispensable para el empleo de la segunda técnica de recolección de

datos que es la entrevista, pues de esta manera se logra establecer una comunicación fluida.

4.5 La entrevista en profundidad.

En la investigación cualitativa la recolección de la información debe ser flexible, a diferencia de los cuestionarios o entrevistas, la entrevista en profundidad sigue la forma de una conversación y más que preguntas cerradas, se parte de temas que pueden ir desarrollándose a lo largo de la misma; busca establecer un diálogo que posibilite comprender los significados que subyacen a las motivaciones y acciones que no pudieron ser observadas de manera directa.

"Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (52). Situación cara-a-cara donde se encuentran distintas reflexividades, pero, también, donde se produce una nueva reflexividad. Entonces la entrevista es una relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones en una instancia de observación directa y de participación.

Se estableció una relación social, donde convergieron diversas reflexividades, y en la cual se pudieron obtener la verbalización de experiencias, opiniones y situaciones que no se alcanzaron a identificar a través de la observación (53).

Con este tipo de entrevista, se construyó un panorama del mundo social que permitió comprender los significados del derecho a la salud para las personas en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado y que se encuentren viviendo en la zona 1 de la ciudad de Medellín.

Si bien existe una diferencia entre la observación y la entrevista, difieren en cuanto a sus escenarios de aplicación; mientras la observación requiere darse en los entornos naturales, la entrevista puede desarrollarse en un escenario acondicionado para tal fin. "El observador participante obtiene una experiencia directa del mundo social. El entrevistador reposa exclusiva e indirectamente sobre los relatos de otros" (52).

Existen tres tipos de entrevistas en profundidad que mencionaremos brevemente, sólo deteniéndose en la que se aplicó en esta investigación.

La primera de ella hace referencia a las historias de vida, en la cual el investigador busca centrarse en las experiencias y acontecimientos importantes de la historia de una persona por medio de sus propias palabras.

El segundo tipo de entrevista cualitativa que se dirigen a grupos grandes con la intención de tener un cuadro amplio de experiencias, escenarios y situaciones (52).

Y finalmente tenemos un tercer tipo de entrevista que usaremos para la presente investigación, que busca el aprendizaje de situaciones relacionadas en la investigación que no pudieron ser observadas de forma directa, donde el papel de los informantes es importante en la medida que se convierten en los ojos y oídos del investigador durante el desarrollo de su investigación (52).

En consecuencia, para el desarrollo de las entrevistas se registraron por medio magnetofónico para lo cual se propusieron unas preguntas a abordar que permitieron desencadenar un diálogo con diversos actores de esta investigación. En aras de comprender el significado del derecho a la salud para la población en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado en la zona 1 de la ciudad de Medellín.

Se aclara que en los audios no hubo registro de datos personales de los participantes y no se llamaron por su nombre, en aras de garantizar la confidencialidad de la información. Cada entrevista contó con un tiempo estimado de 45 minutos a una hora aproximadamente y se llevaron a cabo en sesiones.

Aparte del periodo de las entrevistas se permaneció en campo para establecer el rapport y acercarse más a la realidad de los entrevistados, con un tiempo de permanencia de 20 horas extras fuera del tiempo de entrevistas. En ello se observó y participó de algunas reuniones y actividades que realizaban las personas en la zona.

El marco interpretativo que acompañará al investigador durante las entrevistas y el análisis de estas corresponde al derecho a la salud.

4.6 Preguntas orientadoras de la entrevista.

- ¿Qué significa para usted el derecho a la salud?
- ¿Cómo ha vivido el derecho la salud en este territorio (zona 1)?

- ¿Qué experiencias ha tenido relacionadas con el derecho a la salud?
- ¿cómo experimentaba el derecho a la salud antes del desplazamiento?
- Cuénteme que hace o ha hecho para gestionar su derecho a la salud

Se abordó también, en un sentido amplio, la mirada que se da desde lo comunitario respecto los conceptos del derecho a la salud. La técnica se aplicó con un grupo de informantes clave: (entre 5 participantes) referenciados desde la comunidad. La aplicación de los instrumentos se realizó en los siguientes momentos:

Para la investigación, se estableció una base de datos de informantes claves que nos permitieron identificar los actores, instituciones, espacios asociados con el derecho a la salud, así como la percepción y la experiencia que los informantes clave tienen sobre el mismo.

Previo contacto con los informantes clave para la presentación del proyecto, se realizó la recolección de la información teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Las entrevistas estuvieron orientadas por el investigador, quien, de manera espontánea y natural, guio la conversación y el diálogo, fundamentado en una guía de preguntas previamente planeadas.
- b) Cada entrevista se desarrolló en tiempos y espacios distintos con informantes clave, con el fin de posibilitar que entre cada una se pueda realizar los procesos de sistematización y análisis (transcripción, y codificación por medio de software: como plantillas de Excel o atlas. Ti)
- c) Finalizado el ejercicio, se definieron conclusiones y categorías emergentes que permitieron optimizar la interpretación de la información captada y que pudo ser retroalimentada en cada nueva experiencia del trabajo de campo.

5. Inclusión de los participantes.

En la investigación cualitativa, el muestreo e inclusión de los informantes hace referencia a la selección de los participantes con los que se va a interactuar y parte del siguiente criterio: personas que hayan tenido experiencias como población desplazada, mujeres o jóvenes mayores de edad y que residan en la zona 1 de la ciudad de Medellín durante el último año como mínimo. No se incluirán personas que se desempeñen como líderes y que se encuentren permeados por el discurso académico o de proyectos de gestión territorial de la salud realizados en el territorio.

La voluntariedad del deseo de participar en la investigación y que a su vez sean de fácil acceso por parte del investigador. Toda investigación puede iniciar con uno o dos voluntarios que a su vez permitirán el acceso a nuevos informantes y escenarios, esto es conocido como bola de nieve, todo ellos nos permiten seleccionar una serie de informantes acorde a la intención de la investigación, también conocido como selección intencionada. El número de participantes en la investigación cualitativa es flexible y depende del buen conocimiento de los contextos a partir de la información brindada, es decir, que a diferencia del muestreo cuantitativo no es por representatividad si no por producción de los discursos en relación con el entorno (54).

6. Protocolo acceso a la comunidad

Para facilitar el acceso a la comunidad se contó con el apoyo de Yuli Marcela Ortiz, socióloga y docente de la Institución Educativa Bello Oriente, quien tuvo las funciones de portera en la presente investigación. Yuli orientó la convocatoria de los participantes, ya que conoce y tiene confianza con la población de la zona y ha tenido cercanía a personas en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado (ver carta colaboración).

Los participantes fueron informados de los objetivos, beneficios y riesgos del proyecto y quienes voluntariamente otorgaron su consentimiento, fueron contactados con anterioridad, vía telefónica, para concertar un encuentro personal. Las entrevistas se llevaron a cabo cerca al domicilio del participante, en un espacio seguro, no muy concurrido y que permitió establecer una conversación tranquila.

7. Plan de análisis.

El análisis parte de un proceso mental complejo, por medio del cual de manera sistemática se establecen las partes, las relaciones entre estas, y de estas con el todo (55), de manera que nos lleve a comprender como fin último la realidad estudiada y poder establecer un modelo explicativo. En este sentido, la recolección de los datos se dio a la par que la interpretación de los mismos, en doble vía de recogida-análisis, “es un proceso abierto en el que la recogida y el análisis de datos

se efectúan a la vez y se influyen mutuamente, la progresiva construcción de la teoría determina la recogida de datos, de manera que a medida que avanza la investigación se determinan nuevos conceptos para su análisis” (46). De esta forma dada la complejidad de los datos se buscó establecer una inducción analítica que permitió establecer las relaciones categóricas originados a partir de estos por medio de la contrastación permanente de los mismos. En este sentido, se definieron las construcciones subjetivas de los participantes de la investigación. “Combina la codificación de categorías inductivas con un proceso simultáneo de comparación de las incidencias observadas. A medida que se registran y clasifican se los compara en las distintas categorías en las que han sido integrados” (46). Para llevar los procesos de codificación (axial, abierta), una necesaria explicación de cada una de ellas es que en la primera se establece las relaciones categóricas respecto a la codificación abierta que tiene su base en los textos producidos en campo, esto es las transcripciones de entrevistas y el registro del diario de campo, por medio del uso del software de Atlas.ti se generaron las relaciones y clasificaciones para identificar y analizar los parámetros subyacentes en los datos.

Una vez establecidas la disposición de datos, resultantes de las entrevistas, se procedió a su cualificación, por medio del uso de redes, gráficos y textos, para ello el empleo del software de Atlas Ti como herramienta para el manejo y sistematización.

En este sentido, facilitó la organización del análisis a través de funciones que permitieron: segmentar citas, conceptualizar, registrar reflexiones, categorizar, relacionar procesos y mostrar la teoría que se construyó a través de diagramas. Todos estos procedimientos de primer y segundo orden otorgaron al análisis mayor poder explicativo para la investigación (56).

Lo anterior nos llevó a establecer el texto etnográfico que se desarrolla en la medida en que el etnógrafo va desarrollando sus ideas y coteja los datos con las labores previas, pues al principio de este enfoque tradicional se pretendía que el investigador fuera descubriendo los puntos comunes que se dieron en las interacciones con los participantes. El proceso de análisis se dio en la medida que los datos fueron sacados por medio de la observación participante y las entrevistas, es un ir y venir. Morse, haciendo referencia a Hughes, indica que entre la recolección de la información y el análisis es un proceso constante dialógico que facilita identificar los pares relacionales. El papel del investigador no solo se limitó a hacer entrevistas sin fundamento, pues existe una construcción teórica que le posibilita orientar la forma en que se dan las preguntas, no de una forma rígida si no por medio de un diálogo fluido. De esta forma al leer los datos se pudieron reconocer similitudes y discrepancias entre ellos, que se pudieron usar en los relatos hechos por la gente, esto llevó a que la comparación constante llevó a contextualizar y descontextualizar, con el fin de establecer un producto final que dependió en mayor medida de la habilidad del investigador. “Según Hammersley y Atkinson, después de que se desarrollan las categorías analíticas, la siguiente tarea es

convertirlas en un esquema teórico encontrando vínculos entre los conceptos y agregando nuevos. Esta estrategia ellos la llaman método de comparación constante” (51).

8. Rigor metodológico.

La evaluación de los criterios de una investigación cualitativa según Morse (57) se basan en tres principios: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad.

La credibilidad se logra en la medida en que la investigación contrasta los datos con las personas que brindaron la información. Para lograr este punto se realizó una construcción conjunta del texto con la comunidad por medio de una validación de los datos por los participantes antes de la construcción del documento final.

La auditabilidad, para alcanzar este criterio se estableció el paso a paso del desarrollo de la recolección de la información durante el trabajo de campo con los aciertos y dificultades que se presentaron en su ejecución, así mismo con el almacenamiento de los datos, de modo que cualquier otro investigador pueda constatar la información presentada, los registros magnetofónicos, como el empleo del software están debidamente almacenados y codificados, de modo que se pueda mantener la trazabilidad de la recopilación de los datos.

“La transferibilidad o aplicabilidad es el tercer criterio que se debe tener en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación cualitativa” (58), se espera que los resultados de la investigación sirvan como un punto de partida para futuras investigaciones. Sobre este tema, también se realizó una socialización del conocimiento generado, primeramente, con la comunidad y luego eventos académicos.

9. Consideraciones éticas.

La ética hace parte fundamental en el desempeño de toda la investigación como un eje transversal en el cual partiendo de la alteridad y desde la normativa en materia de D.D.H.H y su aplicación en las investigaciones humanas. Para este tipo de

estudio cualitativo se acogió a lo establecido en la declaración de Helsinki de los principios científicos y éticos, bienestar, respeto, honestidad, beneficencia y no maleficencia, respeto por los informantes en todas las etapas del proyecto “que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial.” (59).

Para esta investigación, se analizaron los posibles riesgos políticos, sociales, económicos y culturales que podrían presentarse en el proceso de recolección de información, y se determinó que, dados los objetivos de investigación, no se indagó acerca las afinidades políticas de los participantes, no se cuestionaron comportamientos o patrones culturales, ni se realizaron señalamientos de orden social. La participación no conllevó ningún gasto económico ni consecuencias al buen nombre de los individuos participantes; desde la dimensión psicológica, las experiencias o situaciones que emergieron en las entrevistas no afectaron emocionalmente a los informantes, para mitigar este riesgo, el investigador principal está capacitado en primeros auxilios psicológicos para la atención de estas eventualidades.

9.1 Cuatro momentos de los primeros auxilios psicológicos (60)

- a) Escuchar activamente, será la primera etapa del proceso para brindar los primeros auxilios, por ello es necesario brindarle el espacio y respetar los momentos de la persona para que decida si desea contar o no su historia, se evitará actuar impulsivamente para intentar mitigar la situación como brindar abrazos y otro tipo de gestos (60).
- b) En el caso de que la crisis persista en escalada se ayudará a la otra persona con ejercicios de respiración, en la atención de los primeros auxilios psicológicos se recomienda que en las personas que han sufrido episodios traumáticos, y se llega a presentar ansiedad, ayudarles por medio de la respiración coordinada para llegar a un clima de relajación.
- c) En la prestación de los primeros auxilios buscará jerarquizar las necesidades en caso de un evento de crisis, pues es necesario ayudarle a identificar las prioridades de la persona entrevistada para de esta forma poderla derivar a las redes de apoyo o enrutarlo a los centros especializados, donde se le pueda brindar una atención profesional.
- d) Una vez haya podido identificar las necesidades de la persona, la derivaré a las redes de apoyo, por eso es importante identificarlas durante la jerarquización de

las necesidades o al principio de la entrevista, para poder acudir a ellos a las rutas de atención que se necesiten (60).

Durante el desarrollo de una de las entrevistas se presentó una crisis, y se manejó acorde a los protocolos establecidos para este trabajo, como se indica a continuación. En caso de que en una entrevista se presente una crisis, la entrevista se suspenderá y se activará la ruta 123 social de la Alcaldía para la Atención Psicológica o la línea Amiga de la Secretaría de Salud de Medellín 444 44 48.

También se procederá al diseño de un protocolo de seguridad, que salvaguarde la integridad física y emocional tanto del investigador como de las personas que participen en dicha investigación (Ver Anexos).

Por lo anterior, y según lo establecido en la Resolución 8430 de 1993, esta investigación fue de mínimo riesgo ético. Así mismo, se declara que durante toda la investigación se respetó la voluntariedad y confidencialidad de los participantes, teniendo en consideración el libre albedrío de las personas, creencias, dignidad, privacidad.

Los sujetos con los que se investiga.

Se les comunicó oportunamente a las personas y comunidad involucrada en la investigación sobre los objetivos y fines del estudio, así mismo se les presentó el consentimiento informado antes de iniciar el trabajo de campo, para ser firmado previa lectura y comprensión.

Fue un documento escrito donde se consignó (presentación, implicaciones de la participación, beneficios, riesgos, datos de contacto de los participantes y del investigador).

Este documento fue explicado de forma oral a los participantes al momento de la presentación del proyecto, y antes de la recolección de la información se dio un tiempo para que las personas, que no pudieran firmar por motivos de discapacidad

o de analfabetismo, pudieran expresar sus inquietudes. Para este último caso se recolectó la huella dactilar del participante (ver anexo 1).

Se dio lugar para un espacio de preguntas y respuestas sobre los ítems: manejo de la información y sobre la participación en la investigación.

No se afectó o puso en riesgo la integridad física, mental y social de los participantes.

No se hizo coerción por parte de las personas vinculadas con la investigación hacia los informantes.

La participación en la investigación no le generó ningún gasto económico ni tampoco afectó las relaciones actuales o potenciales con la Universidad de Antioquia.

Sobre los resultados de la investigación.

Es parte de la corresponsabilidad del investigador hacer una devolución de los productos generados en el estudio hacia la comunidad. La custodia de la información en audio y transcripciones se dispuso en dispositivos de almacenamiento externos a cargo de los asesores y el investigador principal, cumpliendo las normas del Archivo General de la Nación, Ley 594 de 2000 Nivel Nacional, “establecer las reglas y principios generales que regulan la función archivística del Estado.” (61).

Sobre la veracidad de la información.

Los resultados de cada información se presentan de forma original, y adecuadamente citada.

Así mismo, el investigador se identificó plenamente durante las labores de campo, haciendo referencia a la institución académica a la cual está vinculado en calidad de estudiante, como también especificando los alcances y objetivos del estudio.

Difusión de resultados con la comunidad.

Se realizó una reunión de cierre del proyecto con todos los participantes, para compartir los resultados del ejercicio investigativo. Se propició con los asistentes la reflexión sobre los servicios relacionados con el derecho a la salud.

Se divulgaron los hallazgos del proyecto en la línea de investigación, así mismo en eventos académicos como en Congresos de Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública y de ser posible se someterá a publicación un artículo producto del proyecto.

Sobre las comunidades.

Cuando el investigador se refirió al conflicto, siempre habló de ACTORES ARMADOS, NO HABLÓ DE LOS GUERRILLEROS, PARAMILITARES, ELN, FARC, BACRIM. Lo anterior para conservar la posición de neutralidad.

En el momento de estar presente en la comunidad, no se hizo ningún comentario fuera de lugar que pueda dar lugar a malentendidos, no se hicieron juicios de valor sobre la comunidad, y se mantuvo neutralidad en todo el proceso investigativo.

Cuando hubo lugar a preguntas o se me requirió opiniones sobre la situación actual del país, no se asumieron posturas políticas frente a situaciones presentadas en la labor de campo.

En la medida de lo posible las entrevistas se hicieron cerca al domicilio de las personas participantes, sin entrar a las mismas, de ser posible en la zona de entrada a la misma, o como se cuenta con el apoyo de una docente de la I.E Bello Oriente, se solicitará un espacio al interior del mismo colegio para llevar a cabo las mismas

10. Viabilidad.

El derecho a la salud es una condición indispensable para el ejercicio de los derechos humanos para la población en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado. Por un lado, el discurso de los derechos humanos en las últimas décadas permea las actividades en salud pública a nivel de Latinoamérica. Para Stolkiner, es una idea fuerza capaz de generar procesos antagónicos que configuran nuevas formas de poder, pues estos representan la libertad y la dignidad humana, “Los derechos humanos son un producto de una determinada configuración histórica en el que se reflejan las condiciones de poder en que se gestaron: el campo de representaciones de la modernidad occidental” (62).

En este sentido, escuchar las voces de las personas en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado, nos permite comprender que el derecho a la salud es un significado en construcción para la población vulnerable y es uno de los derechos que menos se legitima.

Diversos autores han abordado el derecho a la salud desde lo normativo, desde la perspectiva epistemológica, y desde la mirada de las comunidades. Aun presenta vacíos, pues si bien como lo presenta el investigador Germán Moreno los vínculos del derecho a la salud con la población desplazada por el conflicto armado debe anudar esfuerzos desde diversos actores institucionales y comunitarios, para asegurar que su atención se realice conforme con las necesidades reales de estas.

En consecuencia, se ha limitado el derecho a la salud como un mero proceso cuantitativo, contado a partir del número de atenciones y programas sin permear realmente la libertad y dignidad que brinda el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos. “El derecho y la dignidad, categorías de alta significación social para todos y en especial para las poblaciones en marginalidad social, representan objeto de estudio para la academia; objeto de reclamación o exigencia permanente para las organizaciones sociales, y motivo de trabajo para los entes del Estado responsables de procurarlas y mantenerlas” (4).

De otro lado, están los antecedentes de la comunidad, como laboratorio de intervenciones en salud pública desde la academia, donde se ha promovido la participación de las personas. Sin embargo, no se han desarrollado estudios que indaguen acerca del significado del derecho a la salud para dichas comunidades, específicamente para las que están en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado.

La investigación aporta a la salud pública desde la comprensión del significado del derecho a la salud, al permitir una comprensión holística y sumar con insumos tangibles proporcionados con la misma comunidad desde sus experiencias,

creencia que permitan avanzar en la legitimidad del derecho, y ver como desde los marcos socioculturales propios de la comunidad se establecen conductas, comportamientos relacionados con la salud.

Por medio la investigación se busca establecer un espacio de diálogo en la comunidad, donde se establezca una memoria colectiva respecto a sus experiencias, generando puntos de reflexión respecto al reconocimiento del derecho a la salud, donde ellos serán reconocidos como actores protagónicos en el proceso investigativo, y donde se partirá de una construcción conjunta del saber.

11. Factibilidad.

Este proyecto se enmarca en el desarrollo normativo y la atención en salud a la población desplazada.

En otro sentido, los costos derivados del proceso investigativo serán cubiertos en gran medida por el investigador principal. Se contará con el apoyo de la línea Epidemiología y Salud Urbana LIESU. De la FNSP.

Este proyecto se desarrolla en el marco de la Maestría en Salud Pública cohorte 35, y cuenta con el apoyo de asesores idóneos.

Se ha indagado con la población de estudio, y han demostrado interés en la participación. El director de trabajo grado es David Hernández Carmona Docente Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Coordinador Planes Comunales de Salud de la Secretaría de Salud de Medellín, lo cual facilita el acercamiento a la comunidad y a la vez, hace posible entablar diálogos. También como profesional he tenido contacto con la zona desde hace varios años, llevando labores de voluntariado en el barrio Bello Oriente, como también en la atención a familias en condición de desplazamiento cuando me desempeñé como contratista de la Red Unidos, y de Familias en Acción, lo que me permite tener cierta familiaridad con la zona, y conocimiento de las dinámicas de la comunidad.

Hallazgos y discusiones.

A continuación, se presentan los resultados del trabajo de campo realizado en la zona 1 de Medellín, con un grupo de personas desplazadas tanto del campo como

a nivel interurbano, víctimas del conflicto armado de diversas formas, desde violencias sexuales en zonas del Urabá Antioqueño, pérdida de seres queridos por el asesinato o desaparición, amenazas, como también sobrevivientes de masacres como la del Aro.

12. Un éxodo infame.

El desplazamiento forzado es una de las categorías principales, hallamos que en la narración de las personas se entrelazan experiencias, sentimientos y expectativas que vivieron al llegar a la ciudad en condición de desplazados. Igualmente, cómo el buscar un lugar donde asentarse repercute en su calidad de vida, mirada ésta como un entramado donde entran en juego los componentes psicológicos, emocionales y económicos de las personas en relación con su realidad social, menguando las posibilidades de un goce efectivo del derecho a la salud.

Medellín, 10 de octubre de 2019. Diario de campo.

“A lo lejos veo la casita donde vive la primera persona que voy a entrevistar: es de madera, construida con tablones irregulares y techo de zinc. Llegando al portillo de la vivienda salen algunos perros a recibirme, veo que hay un amplio terreno de zona verde cerca al barranco donde está construida. La señora que voy a entrevistar, junto con su madre una mujer adulta mayor, está con machete en mano, pues se encuentran en la labor de desyerbar y acondicionar el terreno para sembrar algunas plantas” (diario de campo.)

Arribar a la ciudad con el miedo a cuestras y con la incertidumbre del devenir. y sin más recursos que lo que se pudiera cargar, este ha sido el destino de millones de colombianos que se mueven por el territorio llegando desde el campo o desde los mismos barrios en las ciudades acosados por la violencia del conflicto armado que ha azotado al país desde hace décadas. Esto ha representado una gran ruptura en la historia del país, produciendo múltiples efectos negativos, entre otros de abandono del campo, llevando a reconfigurarse demográficamente las ciudades ante el constante crecimiento urbano.

“El desplazamiento forzado ha tenido un efecto concentrador de población en las grandes ciudades, sus áreas metropolitanas y las capitales de los departamentos” (24).

El desasosiego que caracteriza la llegada a un nuevo territorio tiene unas características comunes para los desplazados de la zona 1 Nororiental de Medellín.

“...uno como desplazado llega sin papeles sin nada, como desplazado llega uno con una mano atrás y otra adelante, a mí me tocó llegar acá a la ciudad con siete niños pequeños, cinco hijos y dos sobrinas y nos vinimos sin papeles...” (Ent_P1).

“...yo llegué con mis 3 niños pequeños, estaban pequeños todos 3, es muy difícil, aquí por la situación económica y todo...” (Ent_P2)

De esta forma, habitar en los barrios periféricos, no se dio como una cuestión del azar o la suerte. Las personas narran que llegaron a estos barrios porque ya había algún familiar, vecino del pueblo o amigo que ya estaba asentado en estas laderas de la ciudad donde han tenido que pasar muchas penurias y alojarse en condiciones extremas. También coincide con el hecho de que en la conformación de los barrios periféricos de la zona 1 Nororiental de Medellín han estado atravesados históricamente por las luchas, reivindicaciones y resignificaciones del territorio en la búsqueda de servicios públicos y sociales, con miras a las condiciones mínimas de subsistencia (19).

En este aspecto la consecución de alimentos se convierte en un factor que permea y desestabiliza el concebir el derecho de la salud de una forma integral, y es que las personas desplazadas llegan a padecer física hambre en los primeros días, semanas y meses de su arribo a los nuevos territorios. Desde la Cumbre Mundial de la Alimentación (CMA) de 1996, la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) estableció que la Seguridad Alimentaria “a nivel de individuo, hogar, nación y global, se consigue cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana” (63).

Si bien no todas las personas llegaron a los extremos, si es recurrente las prácticas conocidas como el recorrido que consiste en ir caminando hacia el centro de la ciudad en busca de alimentos en los diversos barrios que se encuentran en el trayecto, hasta llegar a la plaza minorista o sus cercanías. Así pues, vemos un testimonio que evidencian las condiciones precarias para obtener alimentos por parte de la población desplazada y el efecto negativo que va teniendo en ellos.

“Iba hasta la minorista, nos tocaba madrugar como a las tres de la mañana, nos íbamos pues así dábamos los pasajes y bregábamos a conseguir por ahí unos pasajes y ya, nos íbamos en los buses o hay veces nos íbamos a pie hasta abajo y abajo ya cogíamos el bus para abajo para Manrique. Y ya nos devolvíamos con lo que nos daban pues los de allá, ya nosotros ya nos veníamos, pagábamos el pasaje en los buses por la puerta de atrás o hay veces los choferes nos traían por la puerta de atrás, no nos cobraban.” (Ent_P4)

Las extensas jornadas para conseguir una provisión de alimentos, en algunas ocasiones acompañados de niños pequeños para aumentar las oportunidades de obtener mejores alimentos, van ocasionando deterioro físico y mental en muchas de las personas que están sometidas a este tipo de estrategia como una alternativa para combatir el padecimiento del hambre, como se evidencia en la continuidad del relato.

“Inclusive de ahí para acá fue donde me cayó a mi esa enfermedad un dolor, ese dolor en el estómago de aguantar hambre por allá, haciendo estos recorridos porque yo me iba y me tomaba ahí veces unos traguitos de agua panela y me iba y otras veces que no tomaba nada si no que me levantaba, me cambiaba de ropa y hay mismo me iba y me quedaba por allá sin comer hasta la una o dos de la tarde”. (Ent_P4).

Vemos pues como el desplazamiento forzado especialmente, desde lo rural hacia las urbes, coincide históricamente con la pobreza estructural del campo y que se ve incrementada con efectos negativos en los nuevos asentamientos en las ciudades, produciendo un efecto en cadena que altera la estructura familiar, social y económica del desplazado generando efectos adversos en la garantía del derecho a la salud a nivel físico, mental, espiritual social y ambiental.

13. Con la casa a cuestras.

Hallamos que el tema de la vivienda y como la labor de conseguir un lugar donde habitar es una experiencia por la que atraviesan todos los desplazados, pues es el espacio del hogar el que permite tener una estabilidad no solo a nivel material, emocional y social, sino que este viene siendo uno de los primeros pasos para su inserción en las ciudades.

Medellín 5 de noviembre 2019

“Una vez el bus llega a la terminal de buses de La Cruz, debo desplazarme cuesta abajo por la única calle principal del barrio, me dirijo hacia el sector del Edén, cuando he avanzado algunos metros y después de la primera curva, veo una niña quizás entre los 10 o 12 años que va con otro niño más pequeño. Entre los dos llevan una pesada caneca blanca llena de agua, entre el jadeo y el sudor de la faena van dejando pequeños charcos a medida que se desplazan, más allá veo como un desfile de niños, niñas y jóvenes que van transportando el preciado líquido en

diversos recipientes, incluso algunos mototaxistas de la zona se las arreglan para llevar varias canecas con agua...” (diario de campo)

La ocupación constante de las laderas alta de la montaña, zonas al pie de las quebradas y otros sectores de las comunas que conforman la zona 1 Nororiental, se ha caracterizado un patrón de asentamiento por loteo o invasión, donde sus habitantes una vez ubicados en el lugar se procuraban por el suministro de los servicios básicos, energía y agua a nivel familiar y a nivel comunitario para los primeros pobladores, la construcción de redes de alcantarillado, adecuación de caminos y vías. “En primera instancia la vivienda partía del clásico tugurio construido con base en palos, latas y cartón, seguramente siguiendo la tradición rural del patrón de asentamiento, le daban gran consideración al espacio exterior que le servía de pequeña huerta. Conformaban viviendas diseminadas pero unidas con base en necesidades comunes.” (19).

Las casas en madera de tablones irregulares, latas, cartón, o láminas de zinc, son bastantes característicos en los barrios de invasión o considerados ilegales. Las personas desplazadas ocupan el terreno por medio de la compra de lote, ya sea a título propio o porque algún familiar o conocido les cede parte de la propiedad, de allí, muchos viven en condiciones precarias y con el paso del tiempo van acondicionando un improvisado refugio de plástico algunas veces, que les servirá para protegerse de las inclemencias del tiempo hasta que puedan construirlo en algún tipo de material más sólido como madera, adobe o placas prefabricadas. Una de las formas de construcción empleadas consiste en ir sacando porciones de tierra a las laderas de la montaña, en una acción que conoce popularmente como “banquear” para acondicionar el terreno.

...mi papá fue haciendo de a poquito, todos empezamos a hacer. A mi papá le quedó un poquito de plata yo creo que todo le valió menos de un millón quinientos y con eso mi papa compro adobe y lo cerramos el mero salón y cuando iba a llegar el mes mi papá dijo tenemos que meternos aquí como sea para no pagar más arriendo, me echaron luz y nos metimos ahí, me acuerdo que eso apenas tapaba media casa y nos metíamos allí casi nos moríamos de frío” (Ent_P3).

“... Entonces me vine de arrimada para donde una hermana mía, ahí sí que sufrimos, porque era un rancho, ella me dejó hacer un ranchito de plástico, detrás de la casa de ella... en un ranchito de plástico me dejó hacerlo pero, así recogidito, con los hijos míos, y era junto a una cañería, entonces todos esos mosquitos, esa hediondez de esa cañera, se nos infiltraba, cuando en tiempos de invierno que bajaba borrasca, esa hediondez, de esa cañería, esos mosquitos se metían allá adentro, inclusivamente la niña mía pequeña, se me enfermó horrible y todo eso. ...” (Ent_P1).

Si bien varias personas tienen que habitar hogares en condiciones deplorables, algunos de ellos también han ocupado viviendas bajo la modalidad de

arrendamiento, lo que afecta en gran medida los medios de subsistencia económica de los hogares pues en muchos casos manifestaron que estaban entre la opción de reunir el dinero para el arriendo o garantizar el suministro de alimentos, o mantener en unión el núcleo familiar, por el que se ven rechazados algunas veces.

“acá en Medellín, había una familia que se había desplazado antes que yo, se había desplazado y yo tenía el contacto de uno de ellos, entonces cuando llegué a la terminal ese fue como el auxilio que yo pedí, era la única persona que yo distinguía, entonces me ayudó a conseguir una pieza, pero una pieza como para una sola pareja o así, una parejita o una persona sola porque para meterlos ahí, pues con, para yo meterme con mis hijos, ya después que los señores se dieron cuenta que ya mis hijos no eran cinco, no era uno ni era dos, sino que eran siete, me echaron de la pieza con mis hijos “(Ent_P2).

Estas circunstancias descritas por algunas personas desplazadas hacen que a mediano plazo los empuje a ocupar formas de vivienda como las descritas anteriormente. Pero no es solo las estructuras que se emplean para habitar, son también las falencias en el suministro de servicios básicos como el agua, electricidad. como también de las redes para la disposición de aguas servidas y la eliminación de residuos sólidos lo que va afectando la calidad de vida de las personas desplazadas. La carencia de un suministro de agua potable es algo común en este tipo de asentamientos, haciendo que las personas busquen otras formas para obtener el líquido ya sea por medio del transporte desde alguna quebrada cercana o bien solicitando una conexión a los barrios que cuenten con el sistema de acueducto.

“el agua viene es por manguera y no es potable, porque uno a veces se queda si mucho hasta tres días sin agua. Nosotros aquí sufrimos mucho del agua eso es lo duro que tenemos acá, sufrimos mucho del agua, porque unas veces viene muy seguido otras veces nos quedamos hasta tres días, sufriendo sin agua, sin con que lavar ni nada, eso sí tiene.” (Ent_P1).

La carencia de infraestructura pública en la mayoría de los asentamientos para la provisión de agua potable y de disposición de aguas residuales, pone en evidencia la brecha de inequidad donde está la comunidad, porque se dificulta el acceso al líquido vital. Además, por estar asentados en terrenos no legalizados desde el punto de vista urbanístico y ambiental, las empresas de servicios públicos de la ciudad no pueden suministrar ni la red de acueducto ni el servicio, lo que aumenta la vulnerabilidad de estas personas al derecho a la salud, al estar expuestas al consumo de agua contaminada y a situaciones de emergencia por la disposición inadecuada de las aguas residuales ,porque las viviendas se encuentran en terrenos de alto riesgo o no cuentan con los permisos necesarios.

“pues acá, acá en mi casita no tenemos agua como un contador, porque cuando hicimos el ranchito nos dijeron, yo pedí el contador de luz y del agua y me colocaron

el de la luz pero el del agua no, que porque esto acá es zona de alto riesgo, que entonces la empresa pública, EPM es la del agua? que no colocan agua donde está alto riesgo que porque esto está como zona de alto riesgo acá y el agua de nosotros es contrabando; pues el agua es un agua buena, si no que cuando le dan la gana de quitarla la quitan” (Ent_P2).

Algunas de las casas de las personas entrevistadas, si bien cuentan con el servicio de contador de agua, manifestaron que la prestación del servicio se da de manera intermitente.

“antes de ponernos el contador manteníamos diario sin agua, todo el día era sin agua, eso venía el agua solo por la noche, uno tenía que recoger el agua y la gente se pegaba de cualquier tubo, eso se reventaban los tubos y ya después de que nos pusieron el agua el contador pues me parece muy mal hecho porque nos cobran agua y encima nos quitan el agua sábados y domingos siempre sábados y domingos todo el día” (Ent_P 3)

Este tipo de asentamiento se da de forma rápida, ocasionando gran presión en las urbes, aumentando las dificultades en los gobiernos locales que se ven imposibilitados para suministrar de manera eficaz agua y sistemas de alcantarillado en condiciones de calidad, así mismo como de la disposición de terrenos seguros para los mismos (24).

Frente a esta situación, las personas desplazadas que se enfrentan con el dilema de la vivienda inadecuada o insalubre manifestaron que, si bien algunos de ellos habían sido beneficiarios del programa de vivienda del gobierno nacional, ésta no se adecuaba a las necesidades que tenían como familia, ya sea porque están ubicadas en zonas donde las bandas delincuenciales imponen su ley, o porque espacialmente no permitía desarrollar las actividades necesarias para la subsistencia económica. Otras personas son beneficiadas del programa de arriendo temporal por parte del DAGRED por reubicación ya que las viviendas que ocupaban estaban en zonas de alto riesgo, y otras personas siguen en viviendas consideradas en riesgo a la espera de una solución pues prefieren seguir habitando en casas precarias, pero donde sienten la seguridad de permanecer como familia, como se puede ejemplificar a continuación.

“A mí me dieron un apartamento por víctimas, pero qué me gano yo con un apartamento si yo allá no puedo habitar, por una parte, no quepo con mi familia, y por la otra, es el primer punto, y la otra, es que estuvo uno de mis hijos bregando a vivir allá, le tocó salirse también por lo que los muchachos del barrio ya, ya con ganas de vacunarlos, que, ya pidiéndole favores por la moto, entonces no”. (Ent_P4).

En este sentido, algunas personas en situación de desplazamiento, en relación con la vivienda, plantean de que así les den una casa de material con acceso a servicios, lo cual es digno, no la pueden habitar permanentemente por diversas

problemáticas, entre las que se encuentran la inseguridad y las carencias económicas para sostener el pago de servicios públicos y administración, en casos de viviendas en propiedad horizontal. Leckie, citado por la investigadora Mónica Mejía, indica que “la vivienda no debe ser percibida solo como una estructura física que sirve de abrigo, sino también como el lugar donde una persona habita. Teniendo criterios materiales, como elementos usados en la construcción del domicilio, estructura, acceso a servicios básicos y urbanos; aspectos sobre la participación y la capacidad de demandar una vivienda adecuada; y necesidades no materiales como la dignidad en el espacio” (14).

Lo que hemos visto en el territorio es que la carencia de un domicilio habitable y en condiciones insalubres, reproducen modelos de ocupación inseguros, aumenta la brecha de inequidad en el acceso a una vivienda digna y condiciones sanitarias para las personas en condición de desplazamiento, dificultando el disfrute y pleno desarrollo del derecho a la salud.

“El carecer de un lugar dónde vivir, un domicilio reconocido y comprobable, afecta seriamente y en muchos casos incluso impide el pleno disfrute de otros derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales” (14).

En este sentido, el constante flujo de población desplazada hacia y desde los centros urbanos, crea un sistema de urbanización sin control y contrario al migrante que voluntariamente se traslada en busca de un mejor bienestar económico que encuentra su forma de insertarse en los servicios de la producción en las ciudades, el desplazado del agro entra en condiciones de vulnerabilidad, incluso por debajo de la población históricamente pobre (64). Esta densificación demográfica, las condiciones precarias de habitabilidad y la falta de oportunidades en el campo laboral, afecta doblemente a las mujeres que se ven sujetas a diversos tipos de violencia y discriminación, generando un impacto que repercute en su salud mental.

Al respecto, la Corte Constitucional manifestó en el Auto 092 de 2008 que: “En los casos de mujeres desplazadas, su condición es más vulnerable pues “sufren la carga de múltiples discriminaciones y violencias superpuestas, al tiempo que son las menos preparadas para afrontarlas en términos psicológicos cuando llegan desplazadas a un nuevo entorno” (65).

14.habitando el Olvido.

Encontramos que uno de los agravantes del conflicto armado, es que someten a la población a actos violentos que dejan secuelas a nivel físico y emocional, y que, de

no ser intervenidos oportuna y adecuadamente con un seguimiento constante para la atención psicosocial, repercute en los modos de ser y de relacionarse de los sobrevivientes con ellos mismos y el entorno, a nivel familiar, social, cultural y económico. En esta categoría daremos una leve aproximación de algunas de las repercusiones en la salud mental de los desplazados de una forma muy limitada, considerando que este tema es lo suficiente profundo como para generar otra investigación.

Medellín, 15 de septiembre 2019. Notas diario de campo.

“En una reunión a la que fui invitado a participar, las mujeres hablaban de sus relaciones sociales cotidianas, una de ellas manifiesta que prefiere siempre quedarse en casa, que la angustia es permanente, no saluda a los vecinos a menos que sea estrictamente necesario, nos dice que deja que los problemas pasen, tanto en la familia como en la comunidad pues no desea problemas con nadie, siempre se muestra aislada y retraída del resto del grupo durante el desarrollo del conversatorio...” (diario de campo).

La ruta nacional de atención al desplazado establece que una vez las personas reciben ayudas humanitarias de emergencia, y una vez surtidos los trámites del registro como población desplazada, comienza un proceso de reparación entre los que se incluyen talleres de atención psicosocial durante tres meses (64). Muchos han manifestado que inicialmente recibieron un volante en esa época donde les describían los derechos, pero que no recuerdan precisamente si alguien les explicó en qué consistía cada uno de los puntos, o que era tanta la angustia que no recuerdan.

En Colombia, se establece la definición de salud mental está dada por la Ley 1616 de 2013, donde se concibe ésta como las relaciones que establece la persona con sus familiares, comunidad enmarcado dentro de procesos históricos, políticos, sociales y culturales que le permiten desenvolverse por medio de sus capacidades emocionales, mentales y cognitivas. (66). La violación sistemática de los derechos humanos dentro del conflicto armado en Colombia ha traído consecuencias de corto, mediano y largo plazo, donde la población desplazada ha sufrido daños morales y emocionales que repercuten en su salud mental.

En este sentido, las relaciones que establecen las personas desplazadas con su entorno familiar y social se ve afectado en gran parte por la violencia ejercida contra ellos al momento del desplazamiento y que sigue latente ante cada vulneración de los derechos que se da paulatinamente, estableciendo formas desesperanzadoras y asimétricas en su proyecto de vida en muchos de los casos, teniendo múltiples manifestaciones en emociones negativas que pueden desembocar en problemas más severos, que se agudizan en la odisea del desplazamiento.

“Debe ser por todo psicológicamente, todo fue cambiando para mal, tanto la situación económica, el stress, y si, la economía. Uno sin tener con que darles

comida a los hijos, uno preocupado, uno hasta llorando, uno pensando en lo que le había pasado y que por qué, todo, muchas cosas, entonces, todo eso va dañando también la salud a uno, y tanto a uno como a los hijos". (Ent_P1)

" yo vine de Urabá, llegue aquí y yo no sé fue el cambio de clima, o no sé qué fue lo que pasó que yo me enfermé mucho, yo estaba postrada en la cama, no era capaz de levantarme, me cogió un daño en el estómago, cólicos, fiebre, vómito, no sé qué me cayó, me dejó en la cama un tiempo unos días, cinco días ahí en la cama y en esos días yo no sabía ni adónde ir donde el médico, como yo estaba recién venida." (Ent_P5).

La continua manifestación del malestar en la salud mental crea una carga adicional en la condición del desplazado que repercute en su calidad de vida, mirada ésta como un entramado donde entran en juego los componentes psicológicos y emocionales de las personas en relación con su realidad social menguando las posibilidades de un goce efectivo del derecho a la salud.

"incluso, ¿sabe que nos han dicho? por qué hasta yo sufro de dolor de cabeza, pero lo mío si es ahora después de vieja, que el dolor de cabeza puede ser psicológico... no, yo no, yo digo, ¿cómo así que un dolor de cabeza psicológico? psicológico es que yo diga que quiero estar enferma sin estar enferma, ¿pero si sentimos el dolor como va a ser psicológico?" (Ent_P2)

Si bien la calidad de vida es mencionada en la legislación colombiana, es confinada a un concepto económico y por ello las políticas públicas en el país se han limitado a satisfacer las necesidades meramente básicas de las víctimas del desplazamiento, proporcionando ayuda humanitaria en los primeros días del mismo pero dejando de lado su historia personal, el impacto emocional producido por el hecho, así como la fragmentación del tejido social y de la familia debido a la pérdida de un ser querido (67).

15. Significados del derecho a la salud.

El objetivo propuesto en este trabajo fue el de comprender las experiencias y significados que tienen las personas entorno al derecho a la salud.

De esta forma se encontró que los múltiples retos que afrontan las personas en condición de desplazamiento, es el que se refiere al acceso a los servicios de salud, puesto que se ven afectados por los diversos determinantes sociales de la salud. En esta categoría abordaremos cómo los significados del derecho a la salud se

entrelazan cada vez más con las diversas experiencias de las personas que relacionan con dicho acceso y como el contexto social y espacial, adquiere un papel relevante como el escenario donde se unen ambas categorías.

Cuando se habló con las personas en situación de desplazamiento que participaron de esta investigación sobre el significado del derecho a la salud, éste estaba ligado a la prestación de servicios médicos en la concepción clásica de la dupla salud /enfermedad y consideraban éste como un elemento muy valioso para la vida y que en su significado se encuentra ligado a las entidades prestadoras de servicios de salud.

“Para mí el derecho a la salud es algo tan importante, como le dijera yo, como le contestara o explicara yo esa parte, el derecho a la salud yo creo que es un derecho que debemos de tenerlo cualquier persona cierto, tengamos o no tengamos un SISBEN o una E.P.S porque es que la vida es prioridad” (Ent_P2).

“El derecho a la salud es tener uno derecho a todo, por ejemplo a estar en esas operaciones, pero en mi caso pues, con mi papá tuvimos la experiencia que no, mi papá murió de un problema cardiovascular, pues a él le dio un derrame y tuvimos que poner mucha tutela, muchos derechos de petición para poder que nos hicieran esos exámenes rápido o nos tocó hacerlo particular muchas veces, porque no, era muy lenta la atención con el SISBEN”. (Ent_P3).

“Como desplazado no es bien garantizado, porque, por ejemplo, siempre hace tiempos que yo, pues primero fue con la niña, que para hacerle pues una cirugía de umbilical, una hernia y volteamos con eso entonces y nada, eso no salía ni nada como seis meses luchando con eso. Volvíamos y nos mandaban para otra parte que no, que había que esperar que otro mes que dos meses, y volvíamos otra vez y lo mismo. No eso es muy duro. Pues para uno como desplazado y todo” (Ent_P1).

Se observa también como las personas tendieron a calificar el significado del derecho a la salud acorde a sus experiencias relacionadas con la prestación del servicio y el bienestar de las personas, este último relacionado con el vivir bien.

“El derecho a la salud es bueno, que atiendan a uno, pues hasta el momento nos han atendido bien” (Ent_P4).

“Para uno mantener aliviado, bien en la salud y estar bien en salud, vivir bien y con salud...para uno mantener aliviado, para uno mantener pues con ánimos de caminar, con ánimos de hacer todo” (Ent_P5).

En consecuencia, las experiencias por las que atravesaron las personas desplazadas muestran que el significado del derecho a la salud abarca elementos que van desde el tratamiento de la enfermedad, la prestación de servicios de salud por parte de las aseguradoras, ya sean del régimen contributivo o subsidiado, pero también incluye determinantes sociales de la salud relativos a la seguridad alimentaria y nutricional, las condiciones de vida y la vivienda, la precariedad

económica, la falta de oportunidades laborales y de inserción en la vida urbana, así como aspectos relacionados con la salud mental, emocional, psicológica, de ocupación del territorio, redes de apoyo, entre otros.

El derecho a la salud para la población desplazada en su significado tácito se convierte en la posibilidad de ejercer la ciudadanía y de la posibilidad del disfrute de los bienes y servicios a los que tiene derecho; muchas veces supeditado al poder político y económico (determinantes estructurales) que generan obstáculos para la garantía y disfrute del derecho a la salud de esta población.

“La salud es un derecho humano y de ciudadanía, e igual que ellos, está sometida a la discriminación y a la desigualdad; asimismo, está estrechamente relacionada con la calidad de vida y hace parte de los derechos sociales” (68).

16. Acceso a los servicios de salud.

Otro de los aspectos evidenciados durante la investigación es que las personas desplazadas manifestaron que, si bien la prestación de los servicios de salud parecía funcionar para enfermedades leves, cuando se trata de enfermedades crónicas o dolencias graves, que requieren una atención especializada, encuentran más obstáculos para acceder a estos servicios.

“Mi hija con VIH y la EPS me le trató una virosis por seis meses con antibióticos y nunca le hicieron un examen para ver si era una virosis o que era, ¿que nos tocó hacer a la familia? voltear con ella particular, pagarle neurología, pagarle exámenes carísimos pero particulares, ... con la enfermedad de ella eso fue un calvario, un calvario, mi hija se me estaba muriendo”. (Ent_P2).

Los obstáculos no solo se ven atravesados por la capacidad económica de los de las personas desplazadas, también los tiempos de atención con respecto de la asignación entre una cita médica a otra, lo que va generando indisposición entre ellos.

“Eso es muy duro la situación, en lo de la salud porque, uno no lo atienden a uno cuando uno necesita, sino cuando ellos quieren y eso no es ligero, sino que eso no es para decir ocho días, ni para hoy mismo ni para mañana mismo, eso se demora meses y meses y cuando a veces uno va a los meses de todas maneras dicen que no, que todavía no, que a mí me pasaba muchas veces.” (Ent_P1).

“Pues por SISBEN siempre nos han atendido, pero uno no sabe dónde acudir más, ósea uno va y venga tal día o que tiene que esperar que a uno lo llaman y a uno nunca lo llaman, muchas veces esperan a que el paciente se muera ahí, cuando se muere el paciente ahí lo llaman a uno (Ent_P3).

A la demora en los tiempos de asignación de citas se suma el hecho de que muchas veces no se dispone con todos los medicamentos necesarios para los tratamientos. *“en el sentido de la atención si bien porqué los médicos atienden bien, las enfermeras, las muchachas del centro atienden bien, pero yo digo en el sentido de que no hay como una urgencia, a veces la droga no está toda, no está pues toda cuando uno necesita la droga para algún problema”.* (Ent_P5).

Las dificultades no solo se limitan al tiempo para llegar a un centro de salud, o de la disposición de las citas con médicos y especialistas, sino por el uso las nuevas tecnologías de comunicación para solicitar un servicio de salud, ya sea vía telefónica o internet, pues las personas en condición de desplazamiento se encuentran en considerable desventaja donde la brecha digital no se limita solo al analfabetismo tecnológico, esto es el desconocimiento del manejo y adquisición de un computador o cualquier otro dispositivos que les permita la navegación por las diversas plataformas en la internet, sino que también incrementa costos económicos a la precaria situación en la obtención de ingresos en algunas de las familias entrevistadas.

“Uno pedir las citas tiene que ser una cita por internet y, en la uno no mantiene, decir que no mantiene diario internet, para uno estarse pegando del internet para saber cuándo hay una cita y cuando no, y va uno al centro de salud y que no hay cita, fuera de eso la cita es por internet, y siempre mantiene uno mirando en internet y esas citas están copadas ya. No hay cita” (Ent_P1).

Estos relatos de las personas evidencian una vez más que si bien el significado del derecho a la salud parece estar supeditado en principio a el acceso de los servicios de salud, entran en juego otros determinantes para la garantía de este derecho, como son los determinantes económicos, sociales, ambientales y culturales que atraviesan la experiencia de las personas de una forma que generan una cadena de vulnerabilidades más allá de una mirada de la enfermedad sobre el derecho de la salud.

Desde un enfoque de género, las mujeres en condición de desplazamiento han visto afectados sus derechos sexuales y reproductivos, puesto que su atención no se ha dado de una forma integral, que parta de una mirada integral de los sujetos, que tenga en cuenta sus reales necesidades y el impacto psicosocial del desplazamiento forzado en ellas.

“A los tiempos, me hicieron esa citología y después me tenía que hacer otra y yo volteando con eso, volteando porque me tenía que hacer una citología de tejido blando yo no sé por un problema que yo tengo en el ovario, que no sé qué es lo

que tengo bien, y que me la tenía que hacer, y volví ahí otra vez que para que me renovaran eso porque me habían hecho la primera y que esa no era, que habían que hacerme otra y nada, yo me voltee, volteando con eso, yo me cansé, yo no volví a voltear con eso. Se cansa uno más fácil.” (Ent_P1).

La demora en los tiempos de atención repercute negativamente también en la garantía del derecho a salud sexual y reproductiva de las mujeres en condición de desplazamiento forzado.

“Mi hija tiene 20 años y nunca le han dado un diagnóstico de que es el dolor de cabeza o que un examen no, el doctor lo único que dice es que puede ser una migraña, es una migraña, pero nunca le han hecho un tratamiento como o un examen que, si diga que, si es migraña y hemos luchado por eso y no, no hemos podido. (Ent_P2).

“Entonces ya como era una joven/adolescente ya entonces ella se mandó a poner el Jadelle ya cuando tuvo novio, con el Jadelle quedó embarazada, esa fue la primera atención que le dieron a ella pues como prioritaria lo del Jadelle, como por una campaña que hubo acá en el centro de salud, le colocaron el Jadelle. Con el Jadelle quedó embarazada, pero ni así viendo que es cierto uno en embarazo yo creo que es una prioridad,” (Ent_P2).

Las barreras del sistema de salud, así como la incorrecta identificación de las necesidades de las mujeres y sus familias en condición de desplazamiento limita la garantía plena del derecho a la salud. Al respecto un informe de ACNUR citado en el estudio sobre la salud sexual de mujeres desplazadas señala: “Esta atención psicosocial parece especialmente pertinente en el caso de las mujeres que han sido víctimas de abusos sexuales o de torturas o tratos inhumanos o degradantes” (69).

Existe un antes y un después del derecho a la salud para la población desplazada, y esta disyuntiva se da en el momento mismo que se presentan los hechos victimizantes que obligan a las personas a trasladarse de sus territorios.

Para algunas personas en condición de desplazamiento se presentó una leve mejoría de la disposición de bienes y servicios en la ciudad, aunque su acceso se fue de forma parcial.

“Cuando nosotros vivíamos por allá en el pueblo a uno, por ejemplo, yo me madrugaba o se madrugaba el hijo mío o pues, cuando eso yo tenía marido, el papá de las muchachas se madrugaba y al ratico le daban a uno la cita para ahí mismo, a cambio allí le dan la cita a uno para los dos o tres días o máximo ocho días, a veces a los quince días”. (Ent_P1).

17. Usos y costumbres del cuidado de la salud.

Se halló que los procesos de descampesinización, esto es el abandono y despoblamiento de los territorios en especial los rurales (24), producto del desplazamiento forzado, no sólo crea la pérdida de identidad, sino que lleva consigo el olvido de las prácticas ancestrales de trabajo con la tierra y para el cuidado de la salud, surgidas del conocimiento y relación profunda que tienen con la naturaleza, y que en los espacios urbanos comienzan a difuminarse debido a la carencia de espacios para continuar con ellas. “Como consecuencia directa del desplazamiento forzado se ha producido una reconfiguración poblacional que ante la imposibilidad del retorno ha implicado un abandono del mundo rural, lo cual ha generado una profunda transformación en el campo, en el campesinado colombiano y en los grupos étnicos” (24).

“Con mis maticas así, eso mismo lo hemos tenido así, porque a donde yo vivía teníamos una casa finca, imagínese una casa grande y solar grandote donde había matas de plátano, matas de yuca, mucha cosa, y yo también tenía mi huerta de cebolla, mis coles muchas cosas que antes hasta vendía y todo. Y mata así, para el dolor, así para aromáticas”. (Ent_P1)

De esta forma el significado del derecho a la salud también está ligada a su historia personal en el recuerdo de los lugares que habitaron como una forma lejana de su identidad difuminada por el dolor que cambió sus proyectos de vida al ser rotulados como desplazados. “Los desplazados han sido tratados peyorativamente, discriminándolos por su condición, misma que nunca buscaron, siendo los protagonistas de diversas estadísticas e indicadores por parte de las agencias gubernamentales y otras de tipo independiente que han limitado su intervención y resultados a meros números como indicadores” (67).

“es que por allá más que todo eran como plantas, allá uno tenía que tomar era como ramas no más, había mucho de ruda porque ellos nos cuidaban a nosotros era con puras plantas medicinales o cuando iban así brigadas nos llevaba, yo me acuerdo cuando iban brigadas de helicóptero e iba a pedir citas así teníamos algún problema o parásitos allá nos llevaba a todos, para el estómago, para la diarrea, para los dolores de estómago” (Ent_P3)

Ante la imposibilidad de continuar con las tradiciones campesinas del uso de plantas medicinales, unido a la dificultad para obtener los medicamentos por parte de las entidades prestadoras de servicios, se ha vuelto común en algunos de ellos recurrir a la automedicación para tratar sus dolencias y enfermedades.

“Va uno a una farmacia, donde gente que sabe pues de esos, de la farmacia esos manes que saben y le dicen a uno que le recomienda a uno para este dolor, ellos le

dicen más o menos, vea le recomiendo eso, y lo pesan inclusive lo pesan a uno y todo eso, cuánto se puede tomar, o que se puede tomar, eso me ha tocado a mí con la niña, llevarla, cuando he tenido pues forma pues así, cuando he tenido platica. Más fácil se cansa uno que, que ellos resolverle las cosas a uno.” (Ent_P1) “nos auto medicamos, nos vamos y nos inyectamos o compramos pastillas, pero en la farmacia así particular, ese es el recurso que uno ve como, cierto más a la mano” (Ent_P2)

El derecho a la salud en la población desplazada se nutre tanto de los significados como de las experiencias que les dan vida a las relaciones humanas con el entorno. El entramado de los determinantes sociales enriquece la mirada sobre el mismo, más allá del horizonte de la enfermedad, llevando consigo las transformaciones y luchas silenciosas de la población que ha sido sometida al vejamen del desplazamiento forzado. Es la vida misma que lucha por continuar a pesar de las adversidades; es la resistencia ante el abandono y el olvido. Los derechos humanos se han quebrantado por la sangre y el sacrificio de miles de personas a lo largo de la historia colombiana.

La opresión, la violencia nunca podrá destruir totalmente las posibilidades de resiliencia. El desplazamiento forzado es señal de un conflicto armado enfermizo y de un instrumento de guerra infame, pero el desplazado es solo una etiqueta de seres humanos que renacen y sobreviven como símbolo de la esperanza que emerge en medio de la adversidad. Garantizar el derecho a la salud de esta población de una forma integral es pensar en las ciudades incluyentes, es reparar el daño y la pérdida del campo, es sanar nuestras heridas de un conflicto armado que nos ha consumido por décadas.

18. Discusión.

En este apartado contrastaremos los hallazgos de los grandes temas transversales con la teoría para fomentar una reflexión y un derrotero que ayude a comprender la dimensión holística de las experiencias y significados del Derecho de la salud para personas en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado de la Zona 1 Nororiental de la ciudad de Medellín 2019 – 2020.

18.1 Salud Pública y derechos Humanos.

Los derechos humanos se perfilan como un elemento articulador de la salud pública, como un referente conceptual, y como marco metodológico que permite comprender de una forma integral a la persona, a las comunidades y su relacionamiento con el entorno, facilitando una mirada integral sobre las políticas en salud.

“Al aprovechar el marco de los derechos humanos, la salud pública encuentra un nuevo hito para su transformación y se basa en las políticas públicas para enfrentar los determinantes de la salud y defender la justicia social” (68).

En este sentido, se debe pensar en los derechos humanos relacionados con los sistemas políticos y económicos, como condicionante de la salud más allá de la enfermedad y de la prestación de servicios y acceso al sistema médico, pues debe abarcar otros determinantes sociales como las condiciones de vida y de la vivienda, el saneamiento básico, la seguridad alimentaria y nutricional, la salud mental, los derechos sexuales y reproductivos, las relaciones de género, entre otros, esenciales para comprender el derecho a la salud de la población desplazada por la violencia.

“El derecho humano a la salud se ve conformado por los factores determinantes de la salud, el desarrollo de vínculos entre el Derecho a la evaluación de la salud (es decir, a una evaluación de la repercusión de las políticas en el derecho a la salud) y la EIS” (70).

Si bien se reconoce un esfuerzo en la promulgación de la normatividad para la protección del derecho a la salud de la población desplazada, su aplicabilidad se queda corta, y presenta una serie de obstáculos, pues en su creación deja por fuera la comprensión del contexto en el que las personas y comunidades se encuentran inmersas y se basa en una mirada centrada en la enfermedad dejando por fuera los determinantes sociales que enriquecen la comprensión del proceso vida, salud, enfermedad.

Al respecto, el profesor Álvaro Franco Giraldo nos interpela citando un estudio de la Revista Española de Salud Pública: “Este marco adquiere sentido si retomamos la declaración universal de derechos humanos y reafirmamos [...] que la primera medida de salud pública que pueden adoptar los gobiernos es el respeto a los derechos humanos, única vía posible para llevar una vida saludable” (68).

18.2 Desplazamiento forzado, vivienda y derecho a la ciudad.

En el contexto colombiano, atravesado por un conflicto armado prolongado, y de políticas estatales deficitarias en materia de tierras, las relaciones de las personas,

las comunidades campesinas y minorías étnicas con sus territorios se ve constantemente amenazadas.

Para comprender la dualidad identidad-territorio, es necesario hacer una aproximación y establecer una precisión de dichos términos.

En primer lugar, se ha de comprender la identidad de manera flexible y dinámica donde las percepciones y relaciones del individuo está en un constante movimiento de retroalimentación con la comunidad desarrollando unas representaciones que se ubican en una posición con respecto al espacio, designando roles y concertando maneras de apropiación de los recursos del territorio, estableciendo límites y generando procesos de memoria colectiva.

La identidad colectiva es un proceso constante del discurso de la memoria, que crea límites entre la inclusión y la exclusión marcando el horizonte de las acciones sociales, Pero, sobre todo, “la cuestión identitaria constituye en el fundamento y engranaje de las prácticas de sociabilidad en cualquier contexto humano” (71).

En segundo lugar, el territorio es el espacio donde se cargan de los significados por medio de la experiencia de las actividades humanas en la cotidianidad, “El territorio es un componente clave en la construcción y renovación del patrimonio social, desde el cual se van definiendo los referentes identitarios básicos, con los cuales se gesta y, a la vez, se consolida la acción colectiva” (71).

En el caso del desplazamiento forzado las dinámicas del conflicto armado irrumpen de manera violenta rompiendo esos lazos de vida y de memoria de las personas con sus lugares de origen o de residencia, la perdida ocasiona dolor, y este adquiere el apellido de “desplazado”.

Para las personas víctimas del desplazamiento forzado que habitan en la zona 1 nororiental de la ciudad de Medellín, el llegar a insertarse en las dinámicas de la ciudad implica ubicarse desde el anonimato bajo el rotulo de “desplazado”, esto es un elemento inicial de protección pues dependiendo del grado de victimización las secuelas de dichos actos dejan una desconfianza hacia el relacionamiento con los otros, y el anonimato e invisibilidad, les provee de una leve noción de seguridad.

El problema radica en esa fractura vivida por los desplazados, que sin el acompañamiento necesario ni las garantías adecuadas hace que salir de este foco de invisibilidad se convierta en un problema que va generando obstáculos para el disfrute de los bienes y servicios de la ciudad y que el goce efectivo del derecho a la salud se vea limitado también en este aspecto, pues con el creciente flujo de la población desplazada hacia diversos centros urbanos estos enfrentan problemas del diseño de políticas de acogida eficaces que garanticen una atención integral de restitución y goce de los derechos. “Al mismo tiempo, las políticas vigentes ignoran o incluso criminalizan los esfuerzos individuales y colectivos de la población de menores ingresos por obtener un lugar digno dónde vivir.” (14).

La vivienda se constituye en el primer baluarte de inserción en los nuevos territorios, como también es el foco donde se dan procesos de reparación, garantía o vulneración de los Derechos Humanos dependiendo del tipo de acompañamiento que se les da acorde a los contextos sociales y personales de cada persona.

Como hemos visto para las personas desplazadas de esta investigación, el tema de una vivienda adecuada con condiciones de salubridad no es un tema totalmente garantizado, pues, el acompañamiento en este tema no se da como prioridad en el momento del desplazamiento sino que se transforma en un proceso donde son los esfuerzos propios de ellos por medio de sus redes sociales, familiares y acompañamiento entre pares, quien buscan soluciones prontas frente a la consecución de la vivienda, muchas veces al ser el desplazado personas que entran en condiciones por debajo de los índices de pobreza de los habitantes históricos de los barrios y comunas como ya hemos visto, están en doble condición de vulnerabilidad, exponiéndolos a formas de exclusión y explotación.

Por ello se debe establecer una concordancia y vigilancia en la implementación de políticas públicas orientadas a las necesidades de la población desplazada teniendo presente enfoques multidimensionales, que busque el bienestar de los individuos y comunidades, más allá de una lista de chequeo que se pasa como garantía de derechos.

“Se entiende que calidad de vida no solo se restringe a la satisfacción de necesidades básicas y en este sentido no puede hablarse de calidad de vida porque se dio un suministro de medicinas, dinero y en algunos casos vivienda que, si bien son satisfactores que estabilizan el estado físico, la calidad de vida sigue estando en juego por el estado emocional de la víctima, producto del evento traumatizante” (67).

18.3 El problema de la salud mental.

En Colombia existe una amplia legislación que va orientada proteger a las personas en materia de salud mental, entre los que contamos por ejemplo el Código civil, la Ley 1306 de 2009, la Resolución 002417 de 1992, Ley 100 de 1993, La Ley 1616 de 2013, la Sentencia T-845 de 2006, Ley 1751 de 2015 a si mismo se plantearon unos lineamientos de política de salud mental en 2005 con los mismos resultados de la política de 1998 y, finalmente, en se pensó en el 2007 una política nacional de

salud mental, entre otros mecanismos como la acción de Tutela que buscan garantizar este derecho (72).

Esta legislación tiene una base y un reconocimiento a nivel teórico desde diversos autores y puntos de vista que van orientadas a establecer un rumbo frente los problemas de salud mental para los colombianos orientados hacia una mejor calidad de vida (73).

Así bajo el contexto de estas ideas es necesario tener en cuenta la definición establecida en Ley 1616 de 2013. “La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas” (Ley 1616 de 2013) (73).

Se puede inferir entonces de la norma que es el Estado Colombiano el garante de la protección del derecho a la salud mental, permitiendo ser tenido en cuenta en el diseño de las políticas en materia de salud Pública.

Ahora si bien se cuentan con diversas herramientas a nivel legislativo como teórico, estos presentan una insuficiencia en su aplicabilidad cuando se contrasta con la realidad de la población desplazada, y si bien hay abordajes con enfoque diferencial y reconocimiento de la violencia como uno de los factores desencadenantes de las cargas mentales desde diversas dimensiones. social, económico, cultural, familiar e individual” (74) que conllevan a sufrir diversos daños a nivel físico y emocional.

Su atención en el caso de la población desplazada se da a partir de que ellos ingresan en la ruta del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las víctimas, por medio de una asistencia psicosocial, o por atención de otros organismos internacionales, donde la naturaleza de la salud mental relacionada con el conflicto armado no está bien delimitada o relacionada en las diversas dimensiones de violencia, creando un vacío para una eficaz atención integral. “De esta forma, es difícil diferenciar con claridad los efectos directos de la violencia por conflicto armado de otros factores presentes en este tipo de población” (75). Lo anterior puesto en el marco de los hallazgos de la investigación evidencia que la salud mental de las personas desplazadas se da desde los vínculos afectivos, presentes desde el hogar, y el tejido social afectada de una manera multidimensional por el conflicto armado.

Como consecuencia de lo anterior, se notó una falta del establecimiento de redes de apoyo entre pares e institucionales que incide negativamente en la población desplazada, con los limitantes propios de la atención especializada que presenta de manera unidimensional, sin que se tengan en cuenta los contextos de determinantes económicos, demográficos e históricos del desarrollo en la atención para este tipo

de población que inciden en la forma en que a estos se les puedan garantizar el derecho a la salud mental.

18.4 La lógica de la interconexión de significados y experiencias de los determinantes sociales a la determinación social.

En el contexto analizado de esta investigación dan cuenta que tanto los significados como experiencias respecto al derecho a la salud, presentan unos temas claves que coinciden con otros estudios similares, (Marie Stopes International Women's Commission for Refugee Women and Children. Reporte final. Desplazados y desesperados: evaluación sobre la salud reproductiva en la población desplazada en Colombia. New York: Reproductive Health Response in Conflict Consortium; 2004. -Guevara RD. Mujeres desplazadas por el conflicto armado. Situaciones de género en Cali y Popayán. Cali: Asociación de Profesionales para el Desarrollo Social. 2002. - El Jack A. Bridge Development Gender. Género y conflictos armados. Informe General. London: Institute of Development Studies; 2003). Entre otros estudios ya referenciados a lo largo de este documento. Los puntos son:

1. Las familias de desplazados tienen en su mayoría por cabeza de hogar a la mujer, según se ha podido evidenciar por medio de las lecturas especializadas y constatado en el trabajo de campo.
2. El desplazamiento forzado producto del conflicto armado afecta la estructura familiar y los roles de los sobrevivientes, donde la mujer tiene que asumir el rol de jefe de hogar (76).
3. Existe y persiste una vulneración económica que se refuerza con el desplazamiento forzado "Las oportunidades económicas de los colombianos están limitadas por una tremenda desigualdad en la distribución de la tierra y la riqueza."(77) esto lleva a los desplazados a vivir en condiciones de marginalidad, como se evidencio en el trabajo de campo, donde la ocupación de las zonas periféricas de la ciudad de Medellín es un elemento que exclusión, explotación que ayuda a la invisibilización del desplazamiento en las urbes a la par que se vuelve una barrera para acceder a los servicios de salud. "Los cambios en la situación económica y familiar están ligados con el compromiso de la salud de la mujer desplazada, especialmente su salud mental, en un círculo que se retroalimenta y que supone una barrera para su adaptación a la ciudad." (76).

Los elementos enumerados es una síntesis de los aspectos contextuales a nivel social y cultural en los que se enmarca del derecho a la salud de las personas desplazadas estas condiciones de exclusión generan condiciones de vulnerabilidad

que golpean doblemente a las mujeres “Las precarias condiciones de vida en la ciudad y el cambio de roles familiares aparecen como los principales factores que inciden en la salud y en el acceso a la atención de la mujer desplazada” (76).

Ahora bien, para comprender estos hechos recopilados en el trabajo de campo es necesario mirar dos posturas epistemológicas. Tenemos dos formas de entender el proceso salud enfermedad, hay un enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS-a) entendidos como son las circunstancias en las que nacen, trabaja y envejecen las personas no son solo factores externos, pues incluye el sexo y factores biológicos que son propios del individuo. Así, los estilos de vida de estas personas y sus condiciones materiales de vida limitan el acceso a los servicios de salud, los cuales desde lo macro (modos de vida) están dispuestos solo para unas clases sociales que tienen acceso a las tics y mayores posibilidades de transporte. En estos contextos sociales la vulnerabilidad en salud se presenta por las condiciones de vida y las diferencias en los determinantes intermedio, como ubicación, educación, ingresos económicos. “cohesión social de los individuos y los determinantes intermedios se concretan en las condiciones de vida de la gente por medio de la exposición y vulnerabilidad diferenciales de los individuos” (78).

En segundo lugar y hay un enfoque de la determinación social (DSS-b) como unas condiciones de vida impuestas por el todo social, es clave tener presente que desde ambos enfoques se plantean unos referentes éticos- políticos como principio activo y holístico de la población “como elementos clave del proceso salud enfermedad y establecen que los procesos sociales macro condicionan los patrones de salud y enfermedad en lo micro”(78) Esto nos lleva que para entender la causalidad y las relaciones de poder que están presentes en el entorno y que claramente ambos enfoques nos hablan de un individuo que está en sociedad y cómo esas relaciones de poder están o no en el proceso salud enfermedad de cada individuo, desde el DSS-a nos dice que hay una realidad social que es la sumatoria de los individuos ,”Los DSS-a ven lo subjetivo referido al individuo y separado de lo objetivo y de lo social que lo contiene.” (78) Esto es que hay un subjetivo referido a la persona y un objetivo que es la sociedad, es decir que desde este enfoque se deben tener en cuenta las particularidades desde donde se significan los entornos, y que hay unas condiciones de vida como factores sin historia, eso quiere decir que no se van a entender los patrones ni de inequidad, ni de desigualdad, que si se busca comprender desde el DSS-b, en su particularidad.

Los DSS-a parte de un funcionalismo causal, que plantea que las personas desde su capacidad biológica tendrían la capacidad de regularse y resistir factores externos que causan enfermedad, por ejemplo, la capacidad de digerir la ingesta agua no potable de los acueductos comunitarios. Desde este enfoque se entiende la salud cuando está en los límites de un lugar y tiempos definidos en este sentido el tema de la vivienda sería un ejemplo de particularidad no histórica que se puede comprender bajo este enfoque. Mientras que el DSS-b plantea una comprensión histórica donde es necesaria cuando la estratificación social media la capacidad del

individuo para resistir los ambientes externos. En el caso de la población desplazada serían los colectivos de víctimas quienes fortalecen y median estas capacidades.

DSS-b, se plantea que la sociedad como totalidad no es reducible a la particularidad del individuo, “DSS-b sostiene una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social” (78). Esto apunta a la persona como una subjetiva inmersa en la objetividad del contexto marcado en los límites de tiempo y lugar.

La DSS-b Busca el génesis de la comprensión de la salud desde las desigualdades sociales y las relaciones de poder que median el proceso de salud- enfermedad por intermedio de la desigualdad, desde una mirada histórica ética- político, donde hay un asunto transversal que es lo histórico que definen los roles en la sociedad que te llevan a ubicar al desplazado en una cadena de vulnerabilidades en la estratificación social. Por ende, los desplazados están sumidos en condiciones de vida impuestas desde el todo social y básicamente hay una realidad histórica que tiende a oprimirlos.

19. Conclusiones.

- El acercamiento a la población desplazada de la zona 1 Nororiental de la ciudad de Medellín pasó por un constante ejercicio de rapport, y reflexión ética permanente, el primero con miras a comprender la dimensión más humana de las personas que voluntariamente nos compartieron sus relatos, el segundo para evitar que la investigación se transformara en un elemento intrusivo y lesivo para personas generando vulneración y falsas expectativas en los participantes.
- El disfrute de los servicios de salud por parte de las personas desplazadas de la zona Nororiental se ve limitado, por la disponibilidad de recursos económicos, el manejo de las tecnologías de la comunicación y los problemas de transporte y tiempos de tránsito.
- El problema de Salud mental de los desplazados afecta sustancialmente la forma en que logran relacionarse con el entorno, establecer vínculos familiares y sociales, así mismo genera una brecha de autoexclusión y es generadora de violencia a nivel emocional impactando negativamente en la autoestima de las víctimas, convirtiéndose en un obstáculo para generar proyectos de vida dignos.
- Si bien el significado del derecho a la salud pareciera estar ligado en el discurso hacia la enfermedad física y el acceso a los servicios de salud, la experiencia que subyace en dicho significado evidencia que no es posible comprender este derecho solo ligado a la un discurso morbicéntrico, puesto que está permeando por la trayectoria de vida y las vivencias de las personas, su relacionamiento con los demás y su entorno, donde la comprensión de los determinantes sociales y la determinación social que entran en juego se convierten en una imperativo ético y de marco de referencia que posibilita comprender la vulneración de derechos sociales generadores de pobreza y exclusión que afectan negativamente la salud.
- El desplazamiento forzado y el conflicto armado no solo afecta a las víctimas que se ven obligadas a migrar hacia otros territorios. En el desplazado subyace una parte importante de la verdad que son las consecuencias del conflicto armado que afectan no solo a individuos, comunidades y sino también a la sociedad colombiana en su conjunto, generando problemas a nivel estructural de los sistemas políticos, económicos y sociales. Visibilizar permanentemente la vulneración de los derechos en todos los espacios posibles es orientar a pensarnos como una sociedad más incluyente en aras de buscar una reparación integral de las víctimas del desplazamiento forzado.
- El derecho a la salud del desplazado hacia las ciudades está supeditado a entrar en desventaja frente a los pobres históricos que ya estaban en los nuevos territorios donde se asientan.
- La mujer desplazada está en doble vulneración por el cambio de roles, económico y de salud mental.

Anexo 1.

Experiencias y significados del Derecho de la salud para personas en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado de la Zona 1 de la ciudad de Medellín.

Consentimiento informado – Entrevista.

Fecha: _____

Nombres y apellidos del participante:

Introducción

Conocer los **Experiencias y significados del Derecho de la salud para personas en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado de la Zona 1 de la ciudad de Medellín**, permite establecer nociones del derecho a la salud para un grupo de personas en condición de desplazamiento de la zona 1 de Medellín, cómo influyen en las dinámicas social, simbólica y material de los grupos humanos y se reflejan en las acciones comunitarias frente a las políticas, leyes y normas para su atención.

Escuchar las voces de las personas en condición de desplazamiento de la zona y los significados que construyen acerca del derecho a la salud, representa una forma de contribuir a las reivindicaciones de sus habitantes.

Por qué lo estamos invitando a participar

Usted ha sido invitado-a a participar en este estudio porque es una persona que ha tenido experiencias como población desplazada y que actualmente reside en la zona uno de la ciudad de Medellín.

Propósito y duración del estudio

El propósito del estudio es comprender los **significados del Derecho de la salud para un grupo de habitantes de la Zona 1 de la ciudad de Medellín, en condición de población desplazada por el conflicto armado**. El tiempo estimado para esta investigación es entre 2 y 3 meses aproximadamente.

Participación

Al participar en esta investigación usted acepta:

- a) ser entrevistado por el investigador de este proyecto, en hasta dos encuentros de máximo dos horas de duración
- b) suministrar información de contacto para establecer nuevas comunicaciones en caso de ser necesario,
- c) ser convocado a alguno de los eventos de socialización de resultados que se realizarán al finalizar la investigación.

Además, el tiempo de participación en la investigación será durante todo el tiempo que requiera el proceso investigativo esto será por 2 o tres meses aproximadamente.

Beneficios

La participación de esta investigación hará parte activa del equipo de personas que construirán un referente sobre **el derecho a la salud para la población en condición de desplazamiento forzado por el conflicto armado.**

Toda la información que usted brinde a este proyecto se usará exclusivamente con fines académicos y para la generación de conocimiento.

Compensación

La participación en esta investigación no le generara ningún tipo de dividendos económicos o de bienes.

Riesgos y contingencias

Esta investigación, según lo establecido en la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993, es de mínimo riesgo ético, debido que no se hará ninguna intervención a los participantes. Sin embargo, la interacción que se hará por medio de entrevistas y puede afectar emocionalmente a los informantes, para lo cual el investigador principal está capacitado en primeros auxilios psicológicos para la atención de estas eventualidades. En caso de que en una entrevista se presente una crisis, la entrevista se suspenderá y se activará la ruta 123 social de la Alcaldía para la Atención Psicológica o la línea Amiga de la Secretaría de Salud de Medellín 444 44 48.

Se ha estimado que los participantes en esta investigación no tendrán ningún riesgo de tipo biológico o fisiológico, sin embargo, se considera un riesgo mínimo para los participantes por el tipo de información que puedan brindar teniendo en cuenta las características de la zona, para contrarrestar esta situación se realizará previo aviso a la comunidad para visitar algunos barrios o lugares de residencia.

En la transcripción de los audios originados durante la entrevista se conservará el anonimato asignándole a cada participante un código y en la divulgación de los resultados se conservará el anonimato.

Derechos

Las entrevistadas en este estudio son libres de participar o no en la investigación. En cualquier momento pueden retirarse de la investigación sin que le ocasione perjuicio. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Confidencialidad y responsabilidad del equipo investigador

El investigador se compromete a guardar privacidad con la información que pueda identificarla a usted como participante. Su información personal se manejará de manera anónima, sólo se utilizará un código del estudio para identificarlo. Sólo el investigador y personal docentes vinculados a la investigación tendrá acceso a la información privada de las participantes del estudio. Su nombre no aparecerá en ningún informe de este estudio.

Personas para contactar

En caso de que las participantes tengan preguntas o inquietudes con respecto al proyecto o a su participación en el mismo, podrán contactar al investigador principal del proyecto, el estudiante Edison Alexander Bedoya Gómez, estudiante de la maestría en Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Colombia.

Datos de la presidente del Comité: Margarita Montoya Montoya, eticasaludpublica@udea.edu.co.

Aceptación

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá participar en una entrevista. Esto tomará aproximadamente ____60____ minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

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 fines académicos.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por_____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación 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 mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Su firma abajo indica que usted decidió participar.

Anexo 2. Marco normativo

La Sentencia T-025/2004, de la Corte Constitucional declara el “estado de cosas inconstitucional”, reitera y recuerda los derechos constitucionales de la población afectada por el desplazamiento forzado e imparte una serie de órdenes para proteger los derechos de la población afectada por el fenómeno. Se define en primera instancia el Estado de cosas Inconstitucional (21). Este proyecto se enmarca en la naturaleza social del derecho a la salud, pero sin perder el horizonte de la normatividad y de la atención en salud a la población desplazada.

Tabla 1 Marco Normativo.

Normatividad	Objetivo
ACUERDO No 59 de 1997 DEL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	Por el cual se declara evento catastrófico el desplazamiento masivo de población por causa de la violencia y se adoptan otras medidas relacionadas.
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
DECRETO 2569 de 2000	Por el cual se reglamenta la ley 387 de 1997, para la atención humanitaria en emergencias.
ACUERDO No 185 de 2000	Por medio de la cual se define el procedimiento aplicable a las reclamaciones para el pago de los servicios de salud prestados a la población desplazada.
CIRCULAR CONJUNTA No. 001 de 2001 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE LA RED DE SOLIDARIDAD SOCIAL	A los coordinadores territoriales de la Red de Solidaridad, direcciones Seccionales, distritales y municipales de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud IPS.
CIRCULAR No 042 de 2002 DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL	Establece las fuentes de financiamiento de la atención en salud a la población desplazada.
DECRETO 2131 de 2003	Por medio de la cual se reglamente el numeral 4 del artículo 19 de la Ley 387 de 1997, y el artículo

	54 de la Ley 812 de 2003 frente a la atención en salud de la población desplazada por la violencia.
Artículo 7 de la Ley Estatutaria 1758	por medio de los cuales se busca la evaluación anual del goce efectivo del derecho a la salud. Y el artículo 9 de la misma ley que hace referencia a los determinantes sociales de la salud.
Plan decenal de salud pública	en función de las dimensiones de este que buscan avanzar en la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.

Anexo 3 Protocolos de seguridad para el trabajo de campo.

- ❖ Para ello considero indispensable usar un distintivo que identifique la Institución, usare una camiseta blanca con el logo de la universidad.
- ❖ Transitare por sitios céntricos y los recomendados por las personas de la zona
- ❖ No caminar por la zona solo, andaré siempre acompañado de alguien reconocido por la comunidad.
- ❖ Comunicare si se me voy a ausentar de la zona donde se esté haciendo las entrevistas por alguna necesidad, informar dónde va a estar, cuánto tiempo se puede demorar, cumplir con los horarios o sitios acordados, para las visitas en los barrios y las entrevistas.
- ❖ No suministrare por ningún motivo el teléfono de la casa donde vivo ni de ningún familiar, ni amigos, en ese caso se dará el teléfono de la facultad nacional de salud pública.
- ❖ Nunca llamare a alguien de la comunidad desde la casa, recordare que existe el servicio de identificador de llamadas.
- ❖ Cuando me refiera al conflicto, siempre hablare de actores armados, no hablare de los guerrilleros, paramilitares, E.L.N, BACRIM. recordar: siempre actores armados. Lo anterior por la posición de neutralidad que se debe mantener durante la investigación.
- ❖ No daré ningún tipo de información personal.
- ❖ La investigación es profesional, por lo tanto, NO indagare más de lo que requiera para cumplir el objetivo del trabajo planteado, no daré soluciones ni opiniones, ni afirmare o aprobaré sobre lo que nos comentan de los conflictos armados del barrio, ciudad o país.
- ❖ La presentación personal es muy importante, recordare estar vestido para la ocasión. Como se va a transitar por barrios marginados, sobran los accesorios llamativos que puedan provocar situaciones incómodas, no portare más dinero del requerido para estar allí.
- ❖ Si hay enfrentamientos armados, llamare antes de salir al trabajo de campo a la persona con quien se va a trabajar para confirmar la situación de ese día en la comunidad.

- ❖ No hare ningún comentario, ni generare juicios sobre la comunidad.
- ❖ No permaneceré en horas de la noche en la zona.
- ❖ Mantendré un teléfono de contacto con marcado automático en el celular en caso de alguna emergencia.

Referencias Bibliográficas.

1. ACNUR. Estadísticas [Internet]. <http://www.acnur.org/recursos/estadisticas/>. [cited 2018 Apr 28]. Available from: <http://www.acnur.org/recursos/estadisticas/>
2. Cuchumbé-Holguín NJ, Vargas-Bejarano JC. Reflexiones sobre el sentido y génesis del desplazamiento forzado en Colombia. (Spanish). *Univ Humanist*. 2008;(65):173–96.
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud y desplazamiento en Colombia. Comparación de la situación de salud, entre población en situación de desplazamiento y receptora, en seis ciudades. 2002-2003. Módulo 1. 2005. p. 26.
4. Moreno Gómez GA. La población desplazada y su derecho a la salud. *Investig Andin*. 2007;12(3):5–6.
5. Berger PLLT. La construcción social de la realidad. Amorrortu, editor. New York; 2001.
6. Leach E. Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos. 1976.
7. ONU/OMS. El derecho a la salud. *Organ Mund la Salud*. 2008;folleto NO:1–65.
8. Hernandez M. El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. *Rev salud pública*. 2000;2(2):121–44.
9. OMS Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Subsana las desigualdades en una generación. 2009. Available from: www.journal.com.ar
10. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Serie Salud Y Desplazamiento 02. MEDELLÍN; 2003. p. 5.
11. Alcaldía-Medellin. Poblacion Desplazada Por Comunas. Alcaldía de Medellín [Internet]. 2010;21:2010. Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/7080/6492>
12. Esperanza M, López E. Las organizaciones de usuarios: incidiendo en la construcción del derecho a la salud. *Rev Gerenc Polit Salud, Bogotá* [Internet]. 2009;8(17):80–105. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a06.pdf>
13. Municipio de Medellín, Corporación Con-vivamos. Plan de Desarrollo. Comuna 1. 2005-2015 [Internet]. MEDELLÍN; 2009. Available from: [https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal del Ciudadano/Planeación Municipal/Secciones/Plantillas Genéricas/Documentos/Plan Desarrollo Local/PDL COMUNA 1-2.pdf](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Planeacion%20Municipal/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/Plan%20Desarrollo%20Local/PDL%20COMUNA%201-2.pdf)
14. Zárate ML. Derecho a la ciudad y al territorio. Una reflexión urgente. *Desde La Región*. 2014 Apr;4–20.
15. Amengual G. EL CONCEPTO DE EXPERIENCIA: DE KANT A HEGEL.

- Tópicos. 2007;núm. 15:5–30.
16. Kant I. Crítica de la razón pura. 1781;798. Available from: <http://www.ataun.net/BIBLIOTECAGRATUITA/Clásicos en Español/Inmanuel Kant/Crítica de la razón pura.pdf%0Ahttp://passthrough.fw-notify.net/download/598898/http://www.ataun.net/bibliotecagratis/Clásicos en Español/Inmanuel Kant/Crítica de la razón pura.pdf>
 17. Comes Y, Stolkiner A. Representaciones sociales del derecho a la atención de la salud de un grupo de mujeres pobres. *Anu Investig.* 2005;13:211–9.
 18. DANE. Proyecciones de Población [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 12]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
 19. Naranjo G. Medellín en zonas [Internet]. Medellín.; 1992. 144 p. Available from: http://www.region.org.co/images/publicamos/libros/medellin_en_zonas.pdf
 20. Peres Fonseca AL, Aristizábal Botero CA, Rios Castro DY, Osorno Vanegas Y. Construcción de ciudad: entre los fillos de la memoria y la violencia. Caso manrique, Medellín. 2014;
 21. Yaneth Fernández-Moreno S. Derecho a la salud de la población desplazada: el caso de las mujeres del Auto 092, medellín, antioquia. *Rev Gerenc Polit Salud, Bogotá* [Internet]. 2010;9(19):22–38. Available from: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2285/ContentServer.asp?T=P&P=A N&K=58771216&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMMTo50Seprc40dвуOL Cmr06ep7JSr6m4TLaWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnr0%2BzqrJMu ePfgeyx44Dt6flA>
 22. Vázquez A, Mogollón M. Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gac Sanit.* 2006;20(4):260–5.
 23. Murcia JA. Población desplazada en Medellín: acción colectiva y reivindicación del derecho a la ciudad, 2000-2009. Medellín; 2011.
 24. Informe nacional del desplazamiento forzado en Colombia. Centro de memoria Historica. Una nación desplazada. Bogotá D.C; 2015.
 25. OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional 1946 p. 1–18.
 26. Moreno GA. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Rev Univ Investig.* 2008;1.
 27. Colombia. Consejería Presidencial para los Derechos Humanos. Proyecto de Consolidación de la Defensa Protección y Promoción de los Derechos Humanos en el Ambito Local. Nuestros derechos humanos como colombianos [Internet]. Humanos. CP para los D, editor. 1998. Available from: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/sociologia/derhuma/dehuma.htm>
 28. Marshall A. CIUDADANIA Y CLASE SOCIAL. In: Reis, editor. Cambridge; 1949. p. 297–344.
 29. Naciones unidas. ¿Qué son los derechos humanos? [Internet]. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
 30. Angarita Cañas PE. Derechos del Hombre y la Mujer-. MEDELLÍN:

- Universidad de Antioquia; 1997.
31. OMS Organización Mundial de la Salud. Derechos Humanos [Internet]. 2017. Available from: http://www.who.int/topics/human_rights/es/
 32. Corte Constitucional. CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS SUSCRITA EN LA CONFERENCIA ESPECIALIZADA INTERAMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS. [Internet]. 2017. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/>.
 33. Oms OMDLS. Salud y derechos humanos [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 23]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
 34. Comité de Derechos Económicos S y C. Observación General 14.
 35. Echeverri ME. Derecho a la salud, Estado y globalización. Fac Nac Salud Pública Nac Salud Pública. 2006;2004.
 36. República de Colombia C. Ley Estatutaria 1751. 16 febrero de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 1751 de 2015 Colombia; 2015.
 37. Maldonado Díaz RJ, Mantilla, Monsalve AM. Derecho a la Salud: Mas allá del papel alcances y limitaciones de la Ley 1751 del 2015, a la luz de la salud como derecho fundamental. fundamental. Pontificia Javeriana; 2016.
 38. Cortés Rodas F. El Proyecto Político democrático y la cuestión de los Derechos Humanos Sociales. In: Alonso M, Giraldo J, editors. Ciudadanía y Derechos Humanos Sociales. MEDELLÍN: Escuela Nacional Sindical; 2001.
 39. Arango R. los Derechos Sociales en Iberoamérica: estado de la cuestión y perspectivas de futuro. Cuadernos Electrónicos N° 5 Derechos Humanos y Democracia. 2008;1999(63).
 40. Echeverry López ME. Las reformas estructurales en América Latina y el derecho a la salud. revista de investigación social. 2007; 3:43–66.
 41. Arroyo J, Cáceres E, Chávez S, Ríos M. Vínculos entre la salud pública y los derechos humanos [Internet]. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social Observatorio del Derecho a la Salud; 2004. Available from: www.consorcio.org
 42. Ricoeur P. La hermenéutica y el método de las ciencias sociales. 2013;(1991):57–70.
 43. Ricoeur P. Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II. segunda. Fondo de la cultura económica., editor. México; 2002.
 44. de la Maza LM. Fundamentos de la filosofía hermenéutica: Heidegger y Gadamer. Teol y vida [Internet]. 2005;46(1–2):122–38. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0049-34492005000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 45. Martínez C. Ponencias El compromiso interpretativo: un aspecto ineludible en la investigación cualitativa The interpretive commitment: an unavoidable aspect in qualitative pesquisa qualitativa. Rev Fac Nac Salud Pública. 2015;33(1):55–63.
 46. Quecedo Lecanda R, Castaño Garrido C. Introducción a la metodología de investigación cualitativa. Rev Psicodidáctica [Internet]. 2002;(14):5–39. Available from:

- <http://www.redalyc.org/html/175/17501402/%0Ahttp://www.redalyc.org/resumen.oa?id=17501402>
47. Harris M. El desarrollo de la teoría antropológica. historia de las teorías de la cultura. decimosegu. Mexico: cultura Libre; 1996.
 48. Geertz C. Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas. Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas. 1983. 297 p.
 49. Guber R. la Etnografía. Método, campo y reflexividad. [Internet]. Norma, editor. Bogotá; 2001. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0049-34492005000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 50. Nanda S. Antropología Cultural. Adaptaciones socioculturales. 1970;363.
 51. Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Primera. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. MEDELLÍN; 2003.
 52. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Ed. Paidós, España. 1992;100–32.
 53. Guber R. “La entrevista etnográfica” o “el arte de la no directividad.” La Etnogr Método, campo y reflexividad. 2001;75–100.
 54. Galeano; María eumelia. Diseño de Proyectos en la Investigación cualitativa. Primera. Medellín.: Universidad EAFIT.; 2004.
 55. Spradley J. Hacer análisis de dominio. Obs Particip. 1980;1–13.
 56. San Martín D. T.F y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. Revista Electrónica de Investigación Educativa [Internet]. 1999 Apr 30 [cited 2018 May 28];16(1). Available from: <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/727/891>
 57. Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. Int J Qual Methods [Internet]. 2002;1(2):13–22. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/160940690200100202>
 58. Castillo, Eldemira; Lucía Vázquez M. El Rigor Metodológico en Investigación Cualitativa. Colomb Med. 2003;34(3).
 59. Asamblea General 59ª. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asoc Médica Mund [Internet]. 2008;1–8. Available from: <http://www.reumatologia.org.ar/userfiles/file/investigacion-farmaco-clinica/inv clinica faltante.doc>
 60. Cortés Montenegro P, Figueroa Cabello R. Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos Índice. Chile;
 61. El Congreso de Colombia. Ley 594 del 2000. Colombia; 2000 p. 1–9.
 62. Stolkiner A. Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. Med Soc. 2010;5(1):89–95.
 63. Fao. Seguridad Alimentaria y Nutricional Conceptos Básicos Programa Especial para la Seguridad Alimentaria-PESA-Centroamérica Proyecto Food Facility Honduras. Honduras;
 64. CICR, PAM. Una mirada a la población desplazada en ocho ciudades de

- Colombia: respuesta institucional local, condiciones de vida y recomendaciones para su atención. [Internet]. Bogotá: Comité Internacional de la Cruz Roja - Programa Mundial de Alimentos; 2007. p. 84. Available from: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2008/6236>
65. República de Colombia CC. AUTO N° 092 de 2008 [Internet]. 2008 p. 248. Available from: https://www.mintic.gov.co/portal/604/articulos-3492_documento.pdf
 66. Observatorio Nacional de Salud. Efectos del conflicto armado en la salud mental de las víctimas. 2018;(3). Available from: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/publicaciones/alternas/boletin11_saludMental/Boletin11ONS.pdf
 67. Vallejo Bravo GD. Calidad de vida en población desplazada por el conflicto interno en Colombia. *Amérique Lat Hist Mémoire Les Cah ALHIM*. 2020;1–8.
 68. Franco Giraldo A. Salud global. Política pública, derechos sociales y globalidad. Antioquia. U de, editor. Medellín.; 2010.
 69. Cristina A, Vélez G, De A, Espriella La. aproximación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres desplazadas en Colombia [Internet]. 2004 [cited 2020 Sep 7]. Available from: www.profamilia.org.co
 70. OMS | Evaluación del impacto sanitario, derechos humanos y política pública mundial: análisis crítico. WHO. 2013;
 71. Osorio FE. “Allá se sufre mucho... pero se vive mejor”. Identidades campesinas desde lo perdido: los desplazados y sus percepciones. 1997;1–18.
 72. Gómez SA. La salud mental a la luz de la Constitución colombiana: análisis de algunas sentencias de la Corte Constitucional, 1992-2009. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39(3):493–509.
 73. Castaño G, Sierra G, Sánchez D, Semenova N, Salas C, Buitrago C, et al. Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia [Internet]. Universidad CES. 2018. 300 p. Available from: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4722/1/SaludMental_marzo_1_FINAL.pdf
 74. Gómez-Restrepo C. La Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM 2015. Vol. 45, *Revista Colombiana de Psiquiatria*. 2016. 1 p.
 75. Varios. Tres veces víctimas. Víctimas de la violencia, el silencio y el abandono. *Medicos sin Front* [Internet]. 2010;1–27. Available from: <http://www.acnur.org/t3/uploads/pics/2776.pdf>
 76. Mogollón Pérez AS, Vázquez Navarrete ML. Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gac Sanit*. 2006;20(4):260–5.
 77. Desplazados y Desesperados [Internet]. 2004 [cited 2020 Nov 10]. Available from: www.rhrc.org
 78. Morales Borrero C, Borde E, Eslava Castañeda J, Concha Sánchez S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxeológicas. *Rev Salud Pública*. 2013;15(6):797–808.

79. Alcaldía de Medellín. Catálogo de Mapas. Web site.

<https://www.medellin.gov.co/geonetwork/srv/spa/catalog.search#/home>

80. Universidad Nacional de Colombia. Mapa de Medellín división por comunas.
Web site.

<https://arquitectura.medellin.unal.edu.co/escuelas/habitat/galeria/displayimage.php?pid=4793>