

ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN

Atención en salud de familias desplazadas por la violencia: reflexiones desde la experiencia docente-asistencial

LUIS GABRIEL BERNAL PULIDO¹

Resumen

El fenómeno del desplazamiento forzado por la violencia en Colombia, cursa con complejas problemáticas que demandan acciones en materia de la protección social de las víctimas. La sociedad y los gobiernos de turno han enfrentado esta situación en medio de limitaciones de recursos, de la crisis de valores y del conflicto armado persistente, sin poderse encontrar soluciones eficaces de atención y de restablecimiento de las condiciones de vida de dichas poblaciones.

La asistencia sanitaria tampoco ha dado respuesta efectiva a las necesidades a este respecto. Se requiere, entonces, reconsiderar la situación actual de salud de los desplazados, partiendo del reconocimiento de los valores humanos, para fundamentar y propiciar un sistema y un modelo de atención diferencial, de fácil acceso y que brinde servicios de salud dignos, eficientes y oportunos, desde una perspectiva holística de las dinámicas salud-enfermedad inherentes a estas poblaciones.

Palabras clave: desplazamiento forzado, atención en salud.

Title

Health care for displaced families: some considerations from an academic and practical view

Abstract

The forced displacement by the internal civil war in Colombia brings complex problems requiring actions related to the social protection of the victims. Society and the last governments have faced this situation characterized by resource limitations, value's crisis and the persistence of the armed conflict, without finding efficacious solutions for the assistance and reestablishment of those populations and their life conditions.

1. Médico especialista en Medicina Familiar; profesor, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Pontificia Universidad Javeriana; coordinador, Área Promoción y Prevención, JaveSalud IPS, Bogotá, D.C., Colombia.

Recibido: 15-09-2008

Revisado: 20-01-2009

Aceptado: 25-02-2009

The health care system has neither given effective answers to the needs on this field. Thus, it is necessary to reconsider the actual health care situation of the displaced people, beginning from the recognition of human values, in order to create and propitiate a system and a differential assistance model, which facilitates the access, and that offers efficient health services to everyone with opportunity and dignity, based on the holistic perspective of a health-disease dynamics, inherent to those communities.

Key words: forced displacement, health assistance.

Generalidades del desplazamiento forzado en Colombia

Se define como desplazamiento a la “acción y efecto de desplazar”, es decir, “mover o sacar a una persona o cosa del lugar en que está”[1]. En relación con el desplazamiento de personas, existen los siguientes tipos:

- a. Según la causa: derivado de conflictos armados, intereses económicos, políticos, sociales, laborales, académicos, etc.;
- b. Según el número de personas que se desplazan: individual, familiar y grupal o colectivo;
- c. Según la duración del desplazamiento: temporal o definitivo, y
- d. Según el lugar receptor: desplazamiento interno, que no sobrepasa las fronteras del país en donde se origina, y externo, que sí las sobrepasa[1] (1).

En Colombia se denomina desplazado interno a

“toda persona que se ve obligada a migrar dentro de la nación, abandonando su localidad o sus valoraciones económicas, porque su vida, integridad física o libertad han sido vulneradas o amenazadas, debido al conflicto armado interno, disturbios interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de derechos humanos u otras circunstancias emanadas de lo anterior, que alteren o que puedan alterar drásticamente el orden público”[2].

El territorio colombiano ha sido epicentro de infinidad de desplazamientos internos, derivados de múltiples situaciones de orden social, político, económico y militar, ocurridas a través de la historia. Desde la llegada de los españoles hace más de quinientos años hasta nuestros días, cuando a diario escuchamos y vemos en las noticias, cómo familias y comunidades se ven abocadas a migrar desde sus tierras, con el objeto de salvaguardar sus vidas, presionados por las amenazas y por la presencia de distintos grupos armados como guerrillas, grupos paramilitares, delincuencia común y fuerzas de seguridad del Estado, en amplias áreas de la geografía nacional.

Estos connacionales tienen que abandonar todas sus pertenencias, su paisaje, sus raíces, sus quehaceres, familiares, amigos y su estructura comunitaria, con el fin de proteger su propia existencia y la de sus familiares más cercanos. Principalmente, huyen desde las zonas rurales del país hacia los cascos urbanos de municipios y hacia las grandes ciudades, en donde buscan ocultar su identidad, así como un lugar que les ofrezca oportunidades para rehacer sus vidas; no obstante, generalmente, terminan ubicándose en sectores inhóspitos, en donde no encuentran en la mayoría de los casos un lugar digno en donde vivir; sitios en los que sus necesidades básicas no son debidamente satisfechas y las posibilidades de empleo son reducidas y, por tanto, se hace difícil garantizar un ingreso económico para su sustento diario.

Las zonas receptoras que día a día ven llegar personas desplazadas, no se encuentran preparadas para acogerlos como se merecen. En general, no les ofrecen las posibilidades de desarrollo personal y familiar que esperarían encontrar; además, frecuentemente enfrentan el rechazo de los habitantes de dichos sectores, quienes los perciben a veces como invasores de su territorio y quienes, además, gozan de ciertos privilegios asistenciales por parte del gobierno y de organizaciones no gubernamentales, a los cuales

no tienen acceso ellos, pese a ser igualmente pobres y vulnerables.

El problema del desplazamiento interno forzado por la violencia en Colombia ha tomado una magnitud importante en los últimos años. Es así como el 31 de julio de 2008, Acción Social de la Presidencia de la República reportó a la fecha 2'615.000 desplazados internos por la violencia y 590.798 hogares desplazados[3], cifras que aunque no dejan de preocupar contrastan con las reportadas por la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), quienes afirman que el número de desplazados en los últimos 20 años asciende, aproximadamente, a 4'000.000 y 3'000.000, respectivamente[4].

Si nos situamos en el ámbito local y analizamos la situación del Distrito Capital, encontramos que Bogotá recibe entre 13% y 15% de la totalidad de desplazados del país, la mayoría de los cuales se asientan en las localidades más pobres de la ciudad[5].

Aun cuando el Gobierno Nacional ha hecho esfuerzos para atender a la población de desplazados[6], las acciones han sido insuficientes, teniendo en cuenta la cantidad creciente de personas que padecen este flagelo y

la dificultad para llevar a la práctica real lo dispuesto en las reglamentaciones y políticas promulgadas para la prevención de este fenómeno, la protección, consolidación y estabilización económica de los que lo padecen, en defensa de sus derechos fundamentales, como se encuentra dispuesto en la Ley 387 de 1997. Es así como la Corte Constitucional, en la sentencia T-025 proferida en 2004, denota la situación de los desplazados en Colombia como un “estado de cosas inconstitucional”, tras el análisis de las necesidades básicas insatisfechas de las poblaciones en dicha condición[7].

En un estudio reciente desarrollado por investigadores de la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá y en el cual se encuestaron 400 hogares desplazados y 2.082 personas, se evidenció que la población desplazada tiene menor acceso a los servicios públicos (69% de los encuestados), a la educación (77%) y a la asistencia en salud (tan sólo 58% utiliza los servicios según necesidad), si se compara con los estándares nacionales y aun con la población receptora del sector a donde llegan, aunque estos últimos también tienen bajas tasas de cobertura en dichos aspectos. El índice de desempleo y de aseguramiento en salud reportado fue de 76%, frente a 67% y 81% de la población receptora, respectivamente[5]. A estos hallazgos se suman las dificultades en cuanto a saneamiento básico, vivienda, seguridad

alimentaria, así como la aparición de condiciones nosológicas propias del desplazamiento[8] y asociadas a la situación de pobreza, hacinamiento y estrés crónico.

Acciones tomadas para la atención de los desplazados

Las principales acciones gubernamentales para la atención de los desplazados, se han focalizado en la fase de emergencia del fenómeno; es decir, lo que concierne al momento de llegada de las personas a un lugar receptor, hasta por un periodo de tres meses, prorrogables a otros tres, de acuerdo con las situaciones particulares de cada caso. Esto ha generado polémica acerca de cuándo cesa la condición de desplazamiento, y parece más acertado pensar que ello ocurre cuando las personas alcanzan un reestablecimiento aceptable de sus condiciones de vida y se adaptan a su nuevo entorno, sean reubicados o retornen a sus lugares de vivienda de donde migraron.

Si bien en los últimos años se han observado avances dirigidos a las fases de prevención del desplazamiento y a la de reubicación definitiva o retorno, no se ha dado una respuesta satisfactoria que llene las expectativas sociales a este respecto[9]. El principal factor que limita las posibilidades de prevención de este fenómeno, es la lucha entre los diferentes grupos

armados que, infortunadamente, ha involucrado a la población civil, sin vislumbrarse un cercano cese al fuego y de los hostigamientos, teniendo en cuenta los diversos intereses particulares y las posiciones a veces radicales asumidas por las diferentes partes del conflicto. En relación con el restablecimiento de las condiciones de vida a mediano y largo plazo, los obstáculos se centran en el cuantioso número de familias afectadas, en la limitación de recursos del Estado, y en las dificultades de organización y coordinación de las acciones a nivel operativo, entre otras razones.

Otros factores que no han permitido brindar una mejor atención a los desplazados son las siguientes:

- a. La dificultad para su identificación, pues muchos no desean ser reconocidos por el temor a ser encontrados por sus perseguidores o amenazadores, sin contar aquéllos que durante el proceso de huida dejaron o perdieron sus documentos de identidad, aquéllos que no declararon su condición luego de su llegada a los sitios de recepción, por desinformación, carencia de habilidades o dinero para movilizarse hacia las instituciones designadas para ese fin.
- b. Los obstáculos para el seguimiento de las personas identificadas, debido a la falta de veracidad de la

información de contacto, ausencia de medios de comunicación efectivos y los desplazamientos secuenciales interurbanos o intraurbanos a los que se ven abocadas las personas, producto de amenazas persistentes, inadecuadas condiciones de vida en los lugares iniciales de asentamiento, escasez de oportunidades laborales, etc.

- c. Las barreras para el acceso a los servicios y beneficios, producto de los trámites burocráticos inherentes a dichos procesos, los prolongados tiempos de espera para recibir las ayudas, además de las razones aducidas que dificultan su identificación y movilidad.

Ante esta problemática, múltiples organizaciones no gubernamentales, nacionales e internacionales, se han hecho presentes en nuestro territorio para prestar su ayuda, supliendo muchas veces obligaciones que le corresponden al Estado. No obstante, en ocasiones redunda en servicios o en la atención a determinadas comunidades, lo cual refleja falencias en la coordinación y cooperación interinstitucional.

Atención y situación de salud de los desplazados

En materia de la asistencia sanitaria, los desplazados tienen el derecho a ser atendidos por las instituciones

de salud de las redes públicas municipales, siempre y cuando estén en el registro único de población desplazada y presenten la carta declarativa de su condición, avalada por las entidades públicas correspondientes. De esta forma, tienen acceso a los servicios de urgencias, hospitalización, cirugía y consulta externa en los sitios de llegada, dentro del modelo tradicional de prestación de servicios que ofrece el Estado. Posteriormente, la pretensión es la de lograr su ingreso al SISBEN y, con esto, el acceso a los beneficios del plan obligatorio de salud subsidiado; no obstante, en realidad no todos los desplazados acceden a los servicios de salud como se esperaba.

Los principales problemas de salud de las personas que sufren el fenómeno del desplazamiento forzado, son alta prevalencia de desnutrición, enfermedad mental y violencia intrafamiliar, al igual que alta incidencia de enfermedades respiratorias, digestivas, cutáneas y transmisibles. Es de resaltar, además, la alta tasa de embarazos no planeados en la adolescencia, con los subsecuentes problemas asociados de orden biopsicosocial. En este perfil de morbilidad, es evidente la naturaleza psicosomática y relacional de las entidades que padecen, determinadas además por los factores ambientales y de los estilos y las condiciones de vida que asumen en los lugares de asentamiento, más allá del

substrato biológico o hereditario individual. Dicho perfil es la resultante de la interacción entre biología, emociones y relaciones sociales, en el marco de condiciones políticas, económicas y de asistencia sanitaria deficientes. Todos los factores determinantes de la salud propuestos inicialmente por Lalonde, afloran en la situación de desplazamiento.

La enfermedad mental y lo que pudiéramos denominar la enfermedad “social”, en la que caben el maltrato físico y todo tipo de violencia o agresividad hacia los demás, pero que inicialmente se presenta en el nicho de las familias, sobrevienen a partir de la acumulación de múltiples rupturas y pérdidas no elaboradas, a nivel individual, familiar y comunitario, sufridas al abandonar sus territorios, a sus familiares y redes sociales, al ser perseguidos y al presenciar las atrocidades de la guerra. Tales rupturas tienen que ver con la identidad de las personas, es decir, con la dimensión del “ser”, en donde están comprendidos los sentimientos, valores, creencias, significados, sueños, fantasías, etc.; con lo cotidiano, es decir, la dimensión del “hacer”, que comprende los roles, dinámicas, funciones, jerarquías, compromisos, etc., y con lo concerniente al terreno de las “interrelaciones”, lo que atañe a la estructura familiar, la organización y participación comunitaria, la solidaridad, las redes de apoyo, etc.[10].

La falta de un acompañamiento de los duelos, derivados de las pérdidas y rupturas mencionadas, sumado a las diversas adversidades con las que se enfrentan los desplazados durante su huida y asentamiento en los lugares receptores, propicia en ellos la aparición de sentimientos de temor, angustia, tristeza, incertidumbre, nostalgia, vulnerabilidad, pérdida del control, desconfianza, vergüenza y sufrimiento, entre otros[11]. Dichos sentimientos producen una tensión continua y un estado de alerta permanente, lo cual altera el propio sentido de realidad[8]. El estado continuo de alerta se relaciona con la aparición de estrés crónico, el cual profundiza la sensación de sufrimiento, tanto en lo físico, a través de la enfermedad somática, como en lo moral y emocional, manifestado por actitudes, comportamientos y enfermedad mental.

Desde los estudios originales de Seyle, son bien reconocidas las reacciones fisiológicas que se desencadenan a partir de una situación de estrés agudo, como mecanismo protector ante una amenaza real. Sin embargo, cuando el estímulo nocivo o amenazante persiste en el tiempo o, como en el caso de los desplazados, se asocia a sentimientos negativos o desagradables y a la acumulación de pérdidas no elaboradas, dicho estrés se cronifica, causando en el cuerpo y en la mente alteraciones de orden anatómico o funcional, relacionadas con la aparición

de condiciones psicósomáticas y afectivas.

Entonces, en esta población son prevalentes los trastornos depresivos y de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, las alteraciones funcionales digestivas, la enfermedad cardiovascular y los eccemas cutáneos. Asimismo, a consecuencia del estrés sostenido y la confluencia de otros factores como el estado nutricional deteriorado, la competencia del sistema inmunológico se ve comprometida, lo cual facilita la colonización microbológica y el padecimiento de infecciones, sobre todo en la población infantil y en los adultos mayores, en quienes la etapa del ciclo vital en la que se encuentran se constituye en otro factor facilitador.

Situaciones como la vivienda y el saneamiento ambiental deficiente, el hacinamiento, la carencia de servicios públicos, las barreras de acceso a la salud y educación y la ausencia de redes de apoyo social, son factores determinantes de las condiciones mencionadas y de otras que en materia de salud se presentan en esta población. En los adolescentes se presentan gestaciones no planeadas, promiscuidad, infecciones de transmisión sexual y otras situaciones del ámbito de la salud sexual y reproductiva, así como lo referente al consumo de sustancias psicoactivas, conformación de pandillas y otros actos delincuenciales

preocupantes, que pudieran explicarse desde lo étnico, lo cultural, lo religioso y otros aspectos de orden biopsicosocial.

Replanteamiento de la atención en salud a las víctimas del desplazamiento en Colombia

Es claro que, ante la complejidad de los problemas de salud asociados al desplazamiento, sólo es posible atenderlos partiendo de abordajes amplios, multidimensionales, intersectoriales e interdisciplinarios. Reconociendo la naturaleza multifactorial de las situaciones que atañen a la salud de los desplazados, los frentes de trabajo son múltiples y se constituyen en un reto para el Estado, sobre el que recae la responsabilidad de ofrecer los servicios que respondan a las necesidades sentidas de la población, más allá de responder a los supuestos contruidos a partir de las valoraciones de agentes externos al problema del desplazamiento. Por lo tanto, la oferta de servicios y los modelos asistenciales deben surgir y alimentarse a partir de experiencias de investigación, en donde el componente de participación comunitaria sea importante; esto es, a partir de la propia experiencia acumulada mediante los servicios hasta hoy vigentes y de los aportes de instituciones, organizaciones no gubernamentales (ONG), particulares vinculados a la labor de servicio y de la acade-

mia, como escenario de formación, investigación, discusión, proposición y acción.

Es necesaria la creación de un sistema diferencial de atención en salud para las familias y comunidades desplazadas, tomando en consideración las condiciones particulares alrededor de este fenómeno, a los perfiles de morbilidad característicos y a los imaginarios, fantasías, temores y barreras que se tejen y aparecen relacionados con la propia concepción de salud, enfermedad, cuerpo, mente, espíritu, bienestar, autocuidado, proyectos de vida y servicios asistenciales[12].

Este sistema debe contener servicios de salud aún más cercanos a las poblaciones, facilitando su acceso y simplificando los requisitos para beneficiarse de ellos. Debe contemplar la necesidad de ofrecer atención oportuna y confidencial, en donde se respete el deseo de ocultar la identidad y se brinde protección y seguridad. Debe ser un sistema de salud equitativo, no discriminatorio e incluyente, que ofrezca altos estándares de calidad técnico-científica y un recurso humano idóneo para la atención de este tipo de población, y bien remunerado, para que no sea únicamente atractivo económicamente laborar en centros hospitalarios de alta complejidad. Lo anterior implicaría un esfuerzo superior en inversión, en subsidio

a los más vulnerables de la sociedad, quienes representan la mayoría del país y sólo bastaría este argumento, pues el bien público siempre debe primar sobre el particular. Se tendría que apelar a la solidaridad y a la acción cooperativa desde los sectores más privilegiados y ricos, generando incentivos atractivos para los contribuyentes, pero ante todo, sensibilizando a las personas en relación con la responsabilidad que tenemos los colombianos frente a esta problemática.

Igualmente, es necesario avanzar en la atención de las poblaciones receptoras[13] (2), también sujetas de derechos y con múltiples necesidades no resueltas, lo que puede incluso pensar hacerse mediante el mismo sistema de servicios para desplazados, pero diferencial para la población de receptores. Esto promovería la convivencia entre las dos comunidades y facilitaría la inserción y adaptación de los desplazados y receptores dentro del mismo territorio. También, se debe incluir la participación activa de representantes de ambas comunidades, de acuerdo con áreas geográficas definidas, con el fin de trabajar desde un enfoque cooperativo, en propuestas asistenciales para el beneficio de sus propias comunidades. Paralelamente, se congregarían actores provenientes de los sectores educativo, económico, eclesiástico, jurídico, político, ambiental, desde la administración pública, de la protección social, de la ciudadanía

y de las fuerzas de seguridad del Estado, entre otras, para abordar los temas concernientes a la atención y bienestar de estas poblaciones, con una perspectiva intersectorial y coordinada.

En materia del recurso humano en salud, se requiere que la formación de los profesionales esté cada vez más fundamentada en el conocimiento de los distintos factores determinantes de la salud, combinando la metodología científica tradicional con los enfoques de la sistémica y de las ciencias de la complejidad, alejándose un poco de los modelos reduccionistas y biológicos, sin desconocer los aportes derivados de dichos enfoques que, al tenor de las problemáticas actuales, no ofrecen respuestas efectivas para todos los asuntos en temas de salud.

La formación debe ofrecer herramientas y motivaciones para el trabajo en el cuidado primario de la salud, con fortalezas en lo referente a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación, el acompañamiento psicosocial y en habilidades comunicativas y relacionales. La universidad debe brindar escenarios de práctica y la exposición a las realidades de las problemáticas sanitarias de nuestra población, desde enfoques biopsicosociales, guardando un adecuado equilibrio con la formación eminentemente técnico-científica, que debe enmarcarse en los principios bioéticos que promulgan su aplicación

al servicio de las comunidades, contextualizando su valor y utilidad, ajustados a una adecuada lectura de necesidades.

En este sentido, desde hace algunos años en Colombia, las universidades vienen preocupándose por ofrecer a los estudiantes del área de la salud, espacios de formación en donde se puedan apreciar las diversas realidades del sector. En relación con la atención de poblaciones desplazadas por la violencia, a la par que se trata de ofrecer una asistencia diferencial y acompañamiento a los miembros de estas comunidades y de las receptoras vulnerables, se le permite al estudiante conocer otra situación que demanda un recurso humano en salud capaz de comprender las situaciones particulares de estos grupos de población y que dirija de manera asertiva su quehacer a las necesidades y principales problemáticas que afrontan.

Merece la pena mencionar aquí la experiencia de la Pontificia Universidad Javeriana que, a través del programa “Vidas móviles”, liderado por la Facultad de Medicina desde el año 2006, congrega estudiantes y profesores de diferentes áreas del conocimiento, en torno a la orientación, atención, acompañamiento, trabajo interdisciplinario y multisectorial, en favor de la restitución de derechos, así como de las condiciones de salud y de vida de familias desplazadas por la

violencia y vulnerables receptoras de la localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá, con el apoyo y experiencia de JaveSalud IPS y del Hospital Universitario San Ignacio, instituciones prestadoras de servicios de salud que, como parte de la proyección social de su misión, adelantan acciones de atención primaria y de atención en salud especializada dirigidas a los beneficiarios del programa.

El camino recorrido en este tipo de experiencias docente-asistenciales, cada vez más nos demuestra que, más allá de “técnicos en medicina” que perciban el objeto de su labor como aquélla orientada con exclusividad a las artes del diagnóstico y la terapéutica, se necesita de seres humanos sensibles, compasivos, que sepan escuchar y aprender de los pacientes, de las historias de vida de sufrimiento y de dolor, pero, también, de los deseos de vivir y de las experiencias de reconstrucción; se necesita de seres humanos que estén dispuestos a compartir de ellos mismos más allá de lo que la academia les ha dado, que reconozcan en el vulnerable a otro igual a ellos, que dejen de lado las prevenciones y barreras excesivas que surgen muchas veces en el contexto de las relaciones con los pacientes, que sean generosos con su tiempo para con aquéllos que buscan su consejo, su aliento, su afecto, por encima de un medicamento o la solicitud de un examen, que tal vez nunca se efectuarán,

pues sus intereses inmediatos posiblemente están centrados en la consecución de los recursos básicos para la subsistencia en el día a día. Se requiere de profesionales que entiendan su ejercicio clínico en el marco del abordaje familiar, como núcleo principal en donde se gesta salud y enfermedad, la acción comunitaria y social, por lo que deben enfocar su accionar, no sólo desde el consultorio, sino desde el domicilio, la vecindad, la parroquia, etc.

Sólo en la medida en que se escucha y se comparte con los desplazados y miembros de poblaciones vulnerables, se reconoce al otro como ser humano, en favor de su dignificación. En la medida en que se ofrece un espacio de catarsis y se brinda acompañamiento psicosocial, reforzando y movilizandolos recursos de apoyo, teniendo en cuenta las dimensiones física, mental, espiritual y social de la persona, sólo allí se comienza a construir nuevamente, a la par que se van elaborando y resolviendo los duelos, en procura de lograr con el tiempo un nuevo significado para las experiencias traumáticas[14], base de la restitución, del alcance de la seguridad, de la esperanza, de la confianza en los demás, la reclamación de derechos y de la adaptación a la nueva condición de vida. Es allí donde se comienzan a identificar las oportunidades que ofrece el entorno en el que ahora se encuentran y las fortalezas internas y externas que

quizás antes pasaban desapercibidas, superando de esta forma las debilidades y las amenazas.

El anterior es el escenario en donde cobra valor la atención en salud, en donde tiene sentido y es apreciado de mejor manera el actuar del profesional de la salud, por parte de los usuarios de los servicios de salud. Es aquí donde el alivio sintomático o los esfuerzos curativos o preventivos de las dolencias somáticas y mentales, encuentran una correlación con la vida, con la condición humana, con el sentir de las personas y con lo que espera la sociedad del personal asistencial.

En definitiva, se necesitan profesionales capaces de “interpretar la realidad” de los problemas de salud de las comunidades y de la vida del que se encuentra en frente, para ofrecer alternativas acordes de solución y de acompañamiento a sus problemas, respaldados por un sistema que brinde los medios necesarios, oportunos y cualificados, que promueva el trabajo participativo e interdisciplinario en el contexto comunitario, y que propicie la conformación de redes de apoyo y demás elementos, con el fin de lograr diferentes y mejores efectos de los hasta ahora alcanzados. Esto no se lograría de no trabajar primero en la promulgación de políticas diferenciales de atención para los más vulnerables de nuestro país, así como desde los valores y principios que promuevan una vida sana y solidaria, en donde

prime el respeto y el reconocimiento del otro.

Bibliografía

1. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésimaprimera edición. Madrid; Espasa; 1992.
2. Congreso de Colombia. Ley 387 de 1997, *Diario Oficial*, No. 43.091, de 24 de julio de 1997.
3. Acción Social (Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional). 21 de enero de 2009 Disponible en: URL: <http://www.accionsocial.gov.co/estadísticas/publicación%20julio%2031%20de%202008.htm>
4. Desplazados: la deuda sigue pendiente. *El Tiempo* {On line} 21 de enero de 2009. Disponible en: URL: www.eltiempo.com
5. Vallejo M. En Bogotá: salud sin barreras para los desplazados. *Revista Pesquisa: Publicación de divulgación, ciencia y tecnología*. No. 4 (oct. – dic. 2007):8-11.
6. Red de Solidaridad Social, *Sistema nacional de atención integral a la población desplazada*. Informe al Congreso de la República; enero 2001 a febrero 2002. Bogotá: Red de Solidaridad Social; 2002.
7. Corte Constitucional. Sentencia N° T-025, enero de 2004.
8. Departamento Administrativo de Planeación Distrital, Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. *El desplazamiento en Bogotá. Una realidad que clama atención*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2004;53-9.
9. Fernández A. Salud, poblaciones involucradas en procesos de desplazamiento y políticas sociales. En: Facultad de Ciencias Jurídicas, Departamento de Filosofía del Derecho. *Atención a los desplazados*. Experiencias institucionales en Colombia. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. 2001;121-38.
10. Restrepo O. Elementos para el análisis del desplazamiento forzoso y la reconstrucción de identidad, cotidianidad y tejido social con las víctimas. *Rev. Migraciones Forzosas*. 2002; (12):39-41.
11. Sacipa S, Vidales R, Galindo L, Tovar C. *Psychosocial accompaniment to liberate the suffering associated with the experience of forced displacement*. *Univ Psychol*. 2007;6:589-600.
12. Bernal L, Restrepo O. *Diseño de un modelo de atención integral en salud, para poblaciones desplazadas por la violencia con asentamiento urbano* (tesis). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2005.
13. OPS-OMS-PED, Facultad Nacional de Salud Pública. *Salud y desplazamiento en Colombia*. Módulo 1. Bogotá: Universidad de Antioquia; 2003.
14. Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. 21ª edición. Barcelona: Herder; 1979.