

Caracterización clínica y sociodemográfica de población clasificada como desplazada y registrada en el Sisbén en un hospital psiquiátrico en Cali, Colombia (2008-2020)¹

Mateo Montes Martínez²

Sandra Viviana Ríos Castañeda³

José Fernando Sánchez Salcedo⁴

Luisa Fernanda Daza Cardona⁵

Angélica María Soto González⁶

¹ Esta investigación forma parte de un estudio más amplio sobre desplazamiento forzado y salud mental, el cual está compuesto por tres grandes segmentos complementarios: el presente artículo, enfocado en la caracterización sociodemográfica de la población desplazada atendida en el hospital; el segundo texto, centrado en el modelo de atención con base en el análisis de las historias clínicas; y el tercer producto, orientado a la revisión de la política pública y a su implementación, focalizado en la revisión de contratos en los que participó el hospital.

² Universidad de Duisburgo-Essen (Alemania). Correo electrónico: mateo.montes.martinez@correounivalle.edu.co

<https://orcid.org/0000-0001-6122-4006>

³ Universidad del Valle (Colombia). Correo electrónico: rios.sandra@correounivalle.edu.co
<https://orcid.org/0000-0003-4848-2806?lang=es>

⁴ Universidad del Valle (Colombia). Correo electrónico: jose.sanchez@correounivalle.edu.co
<https://orcid.org/0000-0001-8322-0268>

⁵ Universidad Tecnológica de Pereira (Colombia). Correo electrónico: daza.luisa@correounivalle.edu.co
<https://orcid.org/0000-0001-8485-0157?lang=en>

⁶ Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia). Correo electrónico: angelicasoto.sc.cinco@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2013-9010>

Recibido: 24/10/2023. Aceptado: 17/01/2025.



<https://doi.org/10.18800/debatesensociologia.202501.010>

Caracterización clínica y sociodemográfica de población clasificada como desplazada y registrada en el Sisbén en un hospital psiquiátrico en Cali, Colombia (2008-2020)

RESUMEN

El desplazamiento forzado, el crimen con mayor número de víctimas del conflicto armado colombiano, cuenta con pocos análisis con énfasis en salud mental. Este artículo presenta una caracterización de este fenómeno, ahondando en asuntos de pobreza, vulnerabilidad y tipos de atención a las víctimas en salud mental. Dos enfoques metodológicos son utilizados: uno cuantitativo, complementando datos de un centro asistencial psiquiátrico, con información del Sisbén, una base de datos con información socioeconómica utilizada para clasificar a la población según sus condiciones de vida; y otro cualitativo, examinando historias clínicas de pacientes. Así, el texto describe cómo la población desplazada enfrenta múltiples vulnerabilidades que combinan victimización, pobreza y afectaciones por salud mental. Esta investigación confirma la alta prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad como plantea la literatura. Se halló que, pese a la identificación de la condición de desplazamiento forzado, este factor tiene una influencia mínima en la atención, revelando prácticas estandarizadas. La vulnerabilidad de este grupo, en términos de pobreza, dificulta la continuidad de la atención y perpetúa la estigmatización, obstaculizando la ruptura del ciclo de la pobreza. Por tanto, el texto resalta la necesidad de abordar la indeterminación y estandarización en la atención de poblaciones con necesidades especiales.

Palabras clave: Conflicto armado, Violencia, Salud mental, Desplazamiento forzado, Trastornos mentales

Clinical and Sociodemographic Characterization of the Population Classified as Displaced and Registered in the Sisbén in a Psychiatric Hospital in Cali, Colombia (2008-2020)

ABSTRACT

Forced displacement, the crime with the largest number of victims of the Colombian armed conflict, has few analyses emphasizing mental health. This article presents a characterization of this phenomenon, delving into issues of poverty, vulnerability, and types of mental health care for victims. Two methodological approaches are used: a quantitative one, complementing data from a psychiatric care center with information from *Sisbén*, a database with socioeconomic information used to classify the population according to their living conditions, and a qualitative one, examining patients' clinical records. Thus, the text describes how the displaced population faces multiple vulnerabilities that combine victimization, poverty, and mental health affectations. This research confirms the high prevalence of depressive and anxiety disorders as reported in the literature. It was found that, despite identifying the condition of forced displacement, this factor has a minimal influence on care, revealing standardized practices. The vulnerability of this group, in terms of poverty, hinders the continuity of care and perpetuates stigmatization, hindering the breaking of the poverty cycle. Therefore, the text highlights the need to address indeterminacy and standardization in caring for special needs populations.

KEYWORDS: Armed conflict, Violence, Mental health, Forced displacement, Mental disorders

INTRODUCCIÓN

Entre las características más notorias del conflicto armado colombiano se destaca su longevidad y el daño incalculable a la población civil. Una de las iniciativas más significativas hasta la fecha en la comprensión del conflicto —que integra 112 bases de datos, proporcionadas por 42 instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil y de víctimas— es el Proyecto JEP-CEV-HRDAG, en el que participaron la Comisión de Esclarecimiento de la Verdad (CEV), la Jurisdicción Especial para la Paz (JEP) y el Grupo de análisis de datos en violaciones de derechos humanos (HRDAG, por sus siglas en inglés). Según este, entre 1985 y 2018 se registraron 450 664 homicidios a causa del conflicto, aunque, si se considera el subregistro, se pueden alcanzar las 800 000 víctimas. Además, al revisar específicamente las cifras de desplazamiento forzado, entre 1985 y 2019 se reportaron 7 752 964 casos (Rivera Burgos, 2020).

Por su parte, el Registro Único de Víctimas (RUV), con fecha de corte al 30 de septiembre de 2022, consignó 9 361 995 víctimas totales y 8 336 061 personas desplazadas forzosamente. Colombia ha ocupado la primera o la segunda posición como el país con las cifras más altas de desplazamiento interno por año (Shultz *et al.*, 2014), superando casos como el de Siria y de la República Democrática del Congo (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2020).

Los datos muestran que el conflicto colombiano es una «guerra contra la sociedad», como anota Pécaut (2001), en la que, según el Grupo de Memoria Histórica, entre 1958 y 2012 se registraron 220 000 muertos, de los cuales el 81,5 % correspondió a civiles, mientras que el 18,5 % a combatientes (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2016). De esta manera, los contendientes no respetaron las convenciones internacionales humanitarias, ni distinguieron entre combatientes y no combatientes, instrumentalizaron el terror de los civiles como un recurso estratégico y violaron su principio de inmunidad (Lair, 2000; Pécaut, 2001). Así pues, el desplazamiento forzado y sus efectos para las vidas de las víctimas y sus redes han sido dos elementos constantes del conflicto.

A grandes rasgos —con excepciones sustanciales, como el reciente Informe Final de la Comisión de la Verdad de 2022—, los análisis sobre los efectos de la confrontación han priorizado la elaboración de estadísticas sobre la mortalidad de los enfrentamientos o las pérdidas económicas, lo que ha restado importancia al valor de la vida, al sufrimiento o a las emociones de las personas afectadas por esta. Asuntos como la salud mental se han relegado a un segundo plano, pese a la considerable repercusión del conflicto en la calidad y las condiciones de vida y el bienestar psicológico de las poblaciones expuestas (Campo-Arias *et al.*, 2014).

Conflict, desplazamiento forzado y salud mental

La legislación acerca del desplazamiento forzado en Colombia empezó con la Ley 387 de 1997, en la que se planteó una definición concreta de este hecho victimizante a la cual nos acogemos en esta investigación:

Es desplazada toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público (Congreso de la República de Colombia, 1997, p. 387).

Los estudios —revisiones sistemáticas de publicaciones— sobre personas afectadas por el conflicto o expuestas a eventos traumáticos han resaltado la incertidumbre sobre la interpretación de los datos sobre su salud mental, debido a las variaciones en los resultados o a decisiones metodológicas (Porter & Haslam, 2005; Steel *et al.*, 2009). Sin embargo, estas investigaciones, cuyo propósito ha sido formular análisis a escala internacional, han sido criticadas por su énfasis en poblaciones refugiadas o desplazadas, diagnósticos específicos como el trastorno por estrés postraumático o países de altos ingresos. Por lo tanto, es imposible generalizar sus resultados (Fazel *et al.*, 2005).

Otro enfoque ha examinado los trastornos psiquiátricos de refugiados y personas desplazadas internamente, sin enfatizar en trastornos particulares como el estrés postraumático (Morina *et al.*, 2018). Se han centrado en la forma como las experiencias violentas repercuten en los trastornos mentales, agravan enfermedades crónicas o limitan el acceso a recursos médicos. Los autores concluyeron que la literatura es escasa, con una tendencia a fijarse en los diagnósticos con las prevalencias más altas tras el desplazamiento o la exposición al conflicto armado, como el trastorno por estrés postraumático, la depresión o la ansiedad. A su vez, ha habido esfuerzos por comprender los vínculos entre salud mental y conflicto en países de ingreso bajo y mediano, sin incluir refugiados (Roberts & Browne, 2011). Los hallazgos arrojaron una fuerte influencia negativa sobre la salud mental en las mujeres a medida que envejecen y en personas con bajos niveles educativos, acceso limitado a suministros de alimento y agua o expuestas a eventos traumáticos individuales.

De manera similar, en Colombia se han desarrollado estudios acerca de las repercusiones para la salud mental de los habitantes de territorios en conflicto. Por

ejemplo, en un análisis que agrupó los registros de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015 y la base de datos sobre el conflicto colombiano, construido por el Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos (Cerac), se concluyó que, entre los adultos que residen en municipios con presencia de grupos armados, la prevalencia de trastornos depresivos, ansiedad y posiblemente de trastorno de estrés postraumático y consumo de cigarrillo ha sido mayor (Gómez-Restrepo *et al.*, 2016a). En un análisis comparativo entre dos municipios del departamento de Cundinamarca, cercanos geográficamente, con sus condiciones socioeconómicas similares, que se diferenciaban porque en uno el impacto del conflicto armado sí era directo (Guasca) y en el otro no (Guatavita), se encontraron prevalencias más altas de ansiedad, depresión, trastorno por somatización y alcoholismo en el primero (Londoño *et al.*, 2012). Más aún, en una investigación con datos clínicos de 6353 pacientes de departamentos históricamente afectados por el conflicto (Nariño, Cauca, Putumayo y Caquetá), se clasificaron los casos entre exposición a violencia directa y no directamente relacionada con el conflicto y se hallaron frecuencias más altas de trastornos de ansiedad en el primer grupo y superiores por abuso de sustancias y agresión en el segundo (Bell *et al.*, 2012).

Las repercusiones del desplazamiento forzado en la salud mental

Las investigaciones sobre los vínculos entre la salud mental y el conflicto armado colombiano han estado encaminadas a examinar el efecto de ciertos hechos victimizantes —sobre todo del desplazamiento forzado y, en menor medida, la desaparición forzada, las amenazas y el secuestro—. Las repercusiones de un hecho victimizante son transversales en la vida del sujeto, ya que, si bien las consecuencias del conflicto sobre la salud mental son menos visibles que las de una herida de bala, la huella es también profunda e, incluso, pueden desencadenar síntomas psicosomáticos, ansiedad, depresión y cambios de comportamiento, como reportó Médicos sin Fronteras (2013), en una experiencia entre enero y diciembre de 2012, con 4455 pacientes de salud mental en cuatro departamentos del sur colombiano: Caquetá, Putumayo, Nariño y Cauca.

En términos de prevalencia de trastornos psiquiátricos diagnosticados en personas desplazadas, debidos al conflicto armado, con base en los resultados de la ENSM de 2015, se registró el 15,9 % de cualquier trastorno de ansiedad o del afecto en la vida (Tamayo Martínez *et al.*, 2016). Aunque en este caso no se propuso una comparación con la población no desplazada, este valor es más alto que el 9,1 % identificado en otro estudio con datos de la misma encuesta para la población adulta en general (Gómez-Restrepo *et al.*, 2016b). De este modo, la literatura ha apuntado a una prevalencia mayor de síntomas de trastornos de estrés

postaumático, de ansiedad y afectivos en la población desplazada internamente en Colombia (Cáceres *et al.*, 2002; Castaño Pérez *et al.*, 2018; Richards *et al.*, 2011).

En una caracterización del perfil de los individuos desplazados internamente, con el objetivo de identificar la repercusión del hecho victimizante y a qué escenarios, riesgos y factores estresantes se enfrentan, se concluyó que, previo al desplazamiento, en su mayoría, estas poblaciones ya se encontraban en condiciones de vulnerabilidad y habían sido forzadas a huir de sus hogares en zonas rurales (Shultz *et al.*, 2014). Por lo general, se han establecido en la periferia de las grandes ciudades, en territorios bajo el control de grupos armados, y han padecido profundas afectaciones socioeconómicas. Asimismo, la población desplazada ha afrontado una estigmatización social significativa en las ciudades receptoras. Los autores han definido una secuencia de fases para esta población, que no es una camisa de fuerza con la pretensión de generalizar, sino una herramienta explicativa:

- (1) amenazas previas a la expulsión y vulnerabilidad en la comunidad de origen,
- (2) evento(s) desencadenantes que conducen e incluyen el momento de la salida y el desplazamiento,
- (3) migración en busca de un hábitat más seguro,
- (4) transición y adaptación durante la reubicación inicial,
- (5) reasentamiento a largo plazo (el punto final para la mayoría de los desplazados internos colombianos) y
- (6) regreso a la comunidad de origen (poco común, pero es un enfoque principal de leyes y programas recientes) (Shultz *et al.*, 2014, pp. 2-3; traducción propia).

Hoy en día, el desplazamiento forzado implica serias violaciones a los derechos humanos, el abandono del territorio, la pérdida de la propiedad y un efecto notable en la salud mental de la población y su proyecto de vida. Al mismo tiempo, afecta el tejido social, debido a la polarización y la desconfianza que produce, tanto en los antiguos como en los nuevos asentamientos (Sacipa *et al.*, 2007). La población desplazada enfrenta la fragmentación o ruptura de sus relaciones sociales (Cardozo Rusinque *et al.*, 2017), de sus identidades comunales (Correa de Andreis *et al.*, 2009) y de su proyecto de vida, la limitación de sus libertades y su dignidad humana (Ceballos Bedoya, 2013), y una mayor prevalencia de diagnóstico de trastorno de estrés posttraumático y del humor (Aristizábal *et al.*, 2012). De hecho, en una revisión sistemática, se planteó que el desplazamiento interno está asociado con una salud mental más frágil que la de los refugiados (Porter & Haslam, 2005).

Por último, la población desplazada, además de padecer el despojo de su vida cotidiana, de su territorio y sus pertenencias, a menudo debe reconstruir su vida en territorios con altos índices de vulnerabilidad, conflicto, insalubridad, inseguridad alimentaria, estigmatización o exposición a la violencia urbana por parte de grupos armados, lo que exacerba aún más sus condiciones de precariedad (Ceballos Bedoya, 2013).

La estandarización de los diagnósticos y del tratamiento

La estandarización es un fenómeno que se inició a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, en el marco del comercio internacional, con el propósito de controlar y cuantificar los intercambios comerciales. Sin embargo, este proceso se hizo extensivo a otros problemas «como el transporte de microbios y epidemias inherentes a la nueva posibilidad de atravesar límites geográficos; de manera que se empieza a controlar el flujo de pasajeros para evitar contagios» (Rodríguez, 2018, p. 6).

Clasificar y estandarizar se convirtió en un proceso recurrente en la administración de organizaciones empresariales, y se hizo extensivo a la organización burocrática y a diferentes campos de influencia. La estandarización facilitó la organización y la comunicación entre actores comprometidos en diversas actividades.

En lo que respecta a la práctica médica, Ritzer consideró la estandarización como un proceso de «Macdonalización» de la medicina:

[...] lo cual hace referencia al hecho de que en la medicina, el uso excesivo de guías hace que los problemas de los pacientes se aborden como un caso más de lo que se señala en las guías, de manera que se deja de lado la particularidad de cada caso (Rodríguez, 2018, p. 8).

Según esta interpretación, textos como el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*⁷ (DSM, por su nombre en inglés) se han convertido en guías de enfermedades que, en el caso específico del campo que nos compete —la salud mental—, se tienden a seguir de modo uniforme en el mundo médico.

A partir de las clasificaciones de Timmermans y Berg (2003) en cuatro tipologías de estandarización, para la práctica médica psiquiátrica, los «estándares de diseño» abarcan desde las características de los espacios y las salas para los pacientes hasta la forma como se deben distribuir en un hospital las secciones que lo conforman; los «estándares terminológicos» aluden al uso de un lenguaje médico uniforme, que contribuye a la comunicación y a la estabilización del sentido; los «estándares de desempeño» tienen que ver con los mecanismos para evaluar resultados y hacer seguimiento al trabajo profesional, y los «estándares de procedimiento» plantean un número de pasos para ser tenidos en cuenta en el tratamiento de enfermedades, para lo cual se crean guías de práctica médica.

El proceso de estandarización de la práctica médica psiquiátrica se acentúa con la adopción del modelo biomédico, por el cual se uniforma la especialidad. En términos generales, dicho modelo parte del supuesto de que las causas de la enfermedad mental

⁷ Esta mención no hace referencia a una edición específica del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), sino al uso general de estos manuales como herramienta clasificatoria en psiquiatría.

son biológicas y, por ende, se encuentran en el cuerpo del paciente. Desde esta perspectiva, los aspectos ambientales, psicológicos y sociales suelen quedar descartados del diagnóstico y del tratamiento. Por la percepción que se tiene de las enfermedades mentales, estas deben ser curadas, sobre todo con fármacos.

En vista de lo expuesto, este estudio indaga acerca de las características clínicas, sociales, económicas y demográficas de personas registradas como afectadas por el conflicto armado, en particular por el desplazamiento forzado, que fueron atendidas en un centro asistencial público, departamental, psiquiátrico y monovalente del valle del Cauca, entre los años 2008 y 2020. El propósito de la investigación consiste en aportar a una comprensión más amplia de estas poblaciones en situación de vulnerabilidad, a elaborar su caracterización y a facilitar la construcción de estrategias de atención pertinentes de acuerdo con su perfil de salud mental, social, cultural y económico.

DESARROLLO

Materiales y métodos

La población estudiada en esta investigación fue atendida en un centro asistencial público, departamental, psiquiátrico y monovalente del valle del Cauca, destinado a personas con trastornos y problemas mentales agudos. Esta es la entidad de mayor complejidad en el campo psiquiátrico de la región. En adelante, nos referimos al centro asistencial como «el hospital».

La estrategia metodológica consta de tres momentos: primero, identificar la población desplazada atendida en el hospital; segundo, complementar los datos sociodemográficos y de vulnerabilidad de estas personas registradas por el hospital con el Sisbén; y tercero, revisar y construir una base de datos cualitativa, con base en el análisis de las historias clínicas de los individuos identificados en los dos momentos anteriores, para profundizar en los motivos de consulta, eventos desencadenantes de los síntomas y antecedentes clínicos, así como trazar el modelo de atención en la entidad para este sector.

En primera instancia, para identificar la población desplazada del hospital, se buscó en la base de datos digital de la institución a todos los pacientes atendidos. Debido a la disponibilidad de la información, el periodo de análisis se limitó al periodo comprendido entre 2008 y 2020. Inicialmente, se hallaron 231 casos de personas registradas con atención financiada mediante un contrato entre el hospital y la Secretaría de Salud Departamental, focalizado para población desplazada, y personas ingresadas en dicha base de datos como desplazadas, afiliadas al régimen contributivo o subsidiado, o sin aseguramiento.

En segundo lugar, con el objetivo de validar los datos, complementar la información y ahondar en aspectos no abordados por el hospital en el momento de inscribir a una persona en su base de datos (actividad principal, nivel educativo, pobreza monetaria, entre otros), se filtraron los 231 casos para seleccionar las personas registradas en el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (Sisbén) de Cali. El Sisbén es un instrumento estatal con una mirada multidimensional de la pobreza, por medio del cual el Estado identifica la población en condición de vulnerabilidad mediante la captura de datos sociales, económicos y demográficos, con el fin de brindar acceso a programas sociales para cerrar la brecha de la pobreza. Como resultado, el número de casos disminuyó a 46.

En el tercer momento, al construir una nueva base de datos cualitativa fundamentada en la comprobación en físico de las historias clínicas, tras la revisión de los expedientes médicos de cada persona que cumplía con los requisitos anteriores, los 46 casos se redujeron a 41, pues si bien en 5 de ellos había un registro de la persona en la base de datos, no había una historia clínica inscrita que confirmara su condición como paciente del hospital. La historia médica individual fue revisada una a una para recopilar información socioeconómica y sobre el desplazamiento, práctica clínica y rutas de atención. Esta decisión se sustentó en el uso de la historia clínica como una fuente que va más allá de la práctica médica, es decir, como un documento clave para comprender el funcionamiento de las instituciones asistenciales, que se sitúa y da cuenta de unas determinadas condiciones históricas, políticas, sociales y económicas (Huertas, 2001).

Es importante mencionar que los tres momentos propuestos se propusieron con el fin de establecer con mayor exactitud los casos propuestos en el corpus del estudio, es decir, personas en condición de desplazamiento forzado. Esto se debió a problemas con el registro de la información en las bases de datos e historias clínicas del hospital, lo que, como se verá más adelante, es una evidencia de cómo en los procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico el desplazamiento no supone, por lo menos no para la muestra utilizada en este estudio, un factor que influya el procedimiento médico. El estudio fue aprobado por el comité de ética del hospital en cuestión el 20 de octubre de 2021 con el código interno 004-2021.

Caracterización sociodemográfica de la población desplazada

De los 41 casos estudiados, 25 son de mujeres (61 %) y 16 de hombres (39 %), con una edad media, en el momento de su primera atención, de 34 años, una desviación estándar de 14,2 y un rango de edad mínimo de 11 años y máximo de 61. Además, al filtrar por etapas de edad, se identificaron 5 menores de edad y, sobre todo, casos entre los 18 y 44 años (63,4 %). Respecto al estado civil, más de la mitad de la población estaba soltera, con un 58,5 %, mientras que el 22 % vivía en

pareja. Asimismo, en 1 de los 2 casos de viudez, ambos femeninos, se reportó que el desplazamiento forzado de la paciente está relacionado con una posible desaparición de su pareja.

Al distinguir por estrato socioeconómico, el 92,7 % de la población se ubicó en los estratos bajo-bajo (1) y bajo (2), con 65,9 % y 26,8 % de los casos respectivamente (Tabla 1). Si bien solo corresponde al 2,4 % habría que añadir el estrato medio-bajo (3) a los sectores de menores recursos y que reciben subsidios en sus servicios públicos domiciliarios. Por su parte, el 88 % de la población alcanzó como nivel educativo más alto la primaria o la secundaria y tan solo un paciente asistió a la universidad.

El 32 % de los informantes no trabajaba o estaba buscando trabajo y el 24,4 %, todos casos femeninos, se dedicaba a los oficios del hogar. Solo el 39 % tenía una actividad laboral. En lo que respecta a la afiliación de salud, el 65,8 % contaba con algún tipo de afiliación: el 64,3 % al subsidiado y 1 equivalente al 2,4 %, al contributivo. Este dato se explica porque las personas reconocidas por el Estado como desplazadas son afiliadas al Sisbén. Sin embargo, había 14 personas, que representaban el 34,1 % de los informantes, que no contaban con afiliación a salud, lo que demuestra un alto grado de vulnerabilidad, sobre todo por la dificultad que esto representa para seguir un tratamiento y garantizar un mínimo suministro de medicamentos.

En relación con la estructura del hogar (Tabla 2), el 46,3 % de los informantes vivía en hogares donde conviven más de cinco personas, lo que muestra un alto grado de hacinamiento que, sin duda, afectó la estabilidad y los cuidados que deben tener quienes padecen alguna enfermedad mental. Esta información se reafirma al revisar la tipología del hogar, pues muestra que el 39 % de los informantes se incluyó en la categoría de hogar extenso.

La Tabla 2 expone, a su vez, que el hacinamiento crítico (22 %) y la vivienda inadecuada (14,6 %) fueron las necesidades básicas insatisfechas (NBI) más representativas de la población. Al respecto, destaca que, entre los hombres, el 37,5 % registró hacinamiento crítico, en comparativo con el 12 % encontrado entre las mujeres. Respecto a las demás NBI, le siguieron, con un porcentaje similar del 12,2 % en ambos casos, la dependencia económica y la inasistencia escolar. Así, el hacinamiento crítico encabezó la lista de NBI de esta población, lo que indica que los recursos de las viviendas fueron sobreutilizados. A esto se sumó la vivienda inadecuada, lo que corrobora las difíciles condiciones que atravesó este grupo poblacional, sobre todo para personas diagnosticadas con algún tipo de enfermedad mental.

Tabla 1. Caracterización demográfica y de salud de la población clasificada como desplazada en el hospital (2008-2020)

| | | Femenino | | Masculino | | Total | |
|---------------------|-----------------------------------|----------|--------|-----------|--------|-------|--------|
| | | n | % | n | % | n | % |
| Etapas de edad | 7 a 11 años | 1 | 4 % | - | - | 1 | 2,4 % |
| | 12 a 17 años | 1 | 4 % | 3 | 18,8 % | 4 | 9,8 % |
| | 18 a 44 años | 16 | 64 % | 10 | 62,5 % | 26 | 63,4 % |
| | 45 a 64 años | 7 | 28 % | 3 | 18,8 % | 10 | 24,4 % |
| Estado civil | Soltero(a) | 12 | 48 % | 12 | 75 % | 24 | 58,5 % |
| | Casado(a) o unión libre | 5 | 20 % | 4 | 25 % | 9 | 22 % |
| | Separado(a) o divorciado(a) | 6 | 24 % | - | - | 6 | 14,6 % |
| | Viudo(a) | 2 | 8 % | - | - | 2 | 4,9 % |
| Estrato | 0 | 1 | 4 % | 1 | 6,3 % | 2 | 4,9 % |
| | 1 | 18 | 72 % | 9 | 56,3 % | 27 | 65,9 % |
| | 2 | 6 | 24 % | 5 | 31,3 % | 11 | 26,8 % |
| | 3 | 0 | 0 % | 1 | 6,3 % | 1 | 2,4 % |
| Nivel educativo | Ninguno | 2 | 0,08 % | 2 | 12,5 % | 4 | 9,8 % |
| | Primaria | 14 | 56 % | 3 | 18,8 % | 17 | 41,5 % |
| | Secundaria | 9 | 36 % | 10 | 62,5 % | 19 | 46,3 % |
| | Técnico, universitario o posgrado | - | 0 % | 1 | 6,3 % | 1 | 2,4 % |
| | Trabajando | 10 | 40 % | 6 | 37,5 % | 16 | 39 % |
| Actividad principal | Sin actividad | 5 | 20 % | 5 | 31,3 % | 10 | 24,4 % |
| | Oficios del hogar | 10 | 40 % | - | - | 10 | 24,4 % |
| | Buscando trabajo | - | - | 3 | 18,8 % | 3 | 7,3 % |
| | Estudiando | - | - | 2 | 12,5 % | 2 | 4,9 % |
| | Régimen subsidiado | 16 | 64 % | 10 | 62,5 % | 26 | 63,4 % |
| Afiliación en salud | Ninguna | 8 | 32 % | 6 | 37,5 % | 14 | 34,1 % |
| | Régimen contributivo | 1 | 4 % | - | - | 1 | 2,4 % |
| Total | Género | 25 | 61 % | 16 | 39 % | 41 | 100 % |

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del hospital y el Sisbén III para Santiago de Cali.

Tabla 2. *Estructura del hogar y necesidades básicas insatisfechas de la población clasificada como desplazada en el hospital (2008-2020)*

| | Femenino | | Masculino | | Total | | |
|----------------------------|---------------------------------|----|-----------|----|--------|----|--------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Personas por hogar | 1 | 4 | 16 % | 1 | 6,3 % | 5 | 12,2 % |
| | 2 | 2 | 8 % | 1 | 6,3 % | 3 | 7,3 % |
| | 3 | 4 | 16 % | 1 | 6,3 % | 5 | 12,2 % |
| | 4 | 5 | 20 % | 4 | 25 % | 9 | 22 % |
| | 5 | 3 | 12 % | 5 | 31,3 % | 8 | 19,5 % |
| | 6 o más | 7 | 28 % | 4 | 25 % | 11 | 26,8 % |
| Tipología del hogar | <i>Hogar unipersonal</i> | 4 | 16 % | 1 | 6,3 % | 5 | 12,2 % |
| | <i>Hogar nuclear completo</i> | 4 | 16 % | 7 | 43,8 % | 11 | 26,8 % |
| | <i>Hogar nuclear incompleto</i> | 5 | 20 % | 3 | 18,8 % | 8 | 19,5 % |
| | <i>Hogar extenso</i> | 11 | 44 % | 5 | 31,3 % | 16 | 39 % |
| | <i>Hogar compuesto</i> | 1 | 4 % | - | - | 1 | 2,4 % |
| Alta dependencia económica | No | 23 | 92 % | 13 | 81,3 % | 36 | 87,8 % |
| | Sí | 2 | 8 % | 3 | 18,8 % | 5 | 12,2 % |
| Vivienda inadecuada | No | 21 | 84 % | 14 | 87,5 % | 35 | 85,4 % |
| | Sí | 4 | 16 % | 2 | 12,5 % | 6 | 14,6 % |
| Hacinamiento crítico | No | 22 | 88 % | 10 | 62,5 % | 32 | 78 % |
| | Sí | 3 | 12 % | 6 | 37,5 % | 9 | 22 % |
| Servicios inadecuados | No | 24 | 96 % | 15 | 93,8 % | 39 | 95,1 % |
| | Sí | 1 | 4 % | 1 | 6,3 % | 2 | 4,9 % |
| Inasistencia escolar | No | 22 | 88 % | 14 | 87,5 % | 36 | 87,8 % |
| | Sí | 3 | 12 % | 2 | 12,5 % | 5 | 12,2 % |
| Pobreza | No | 13 | 52 % | 8 | 50 % | 21 | 51,2 % |
| | Sí | 12 | 48 % | 8 | 50 % | 20 | 48,8 % |
| Miseria | No | 24 | 96 % | 11 | 68,8 % | 35 | 85,4 % |
| | Sí | 1 | 4 % | 5 | 31,3 % | 6 | 14,6 % |

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del hospital y el Sisbén III para Santiago de Cali.

La anterior información muestra, de modo desagregado, la situación de pobreza de los pacientes a partir de sus NBI. Ahora bien, si un hogar vive en, al menos, una de estas condiciones, se clasifica en situación de pobreza, mientras que si cuenta con dos o más NBI corresponde a pobreza extrema. En consecuencia, el 48,8 % se clasificó en situación de pobreza y el 14,6 %, en pobreza extrema, resaltando que, al desagregar por género, entre los casos masculinos hay un 31,3 % de personas en condición de miseria, frente a un 4 % en el caso femenino.

La historia clínica como fuente

Como ya se mencionó, uno de los aspectos críticos detectados a lo largo de la revisión de las historias clínicas fue la ausencia de fichas o formatos que certifiquen la condición de desplazamiento de los pacientes. Al analizar los expedientes médicos de la base de datos, se detectó una tendencia a asignar a la población el carácter de desplazada, bien sea por el tipo de contrato entre el hospital y la Secretaría de Salud Departamental o por su registro directamente con esta categoría, pese a que la historia clínica carecía de elementos que permitieran la verificación de estos datos. Por consiguiente, resultó imposible caracterizar el desplazamiento y por eso se puso en entredicho esa condición entre la población estudiada. Al respecto, solo en diez casos una ficha de desplazamiento fue localizada. Sobre esta submuestra se profundiza en la siguiente sección.

A partir de la revisión de las historias clínicas, se identificó que en el tratamiento para esta población primaba recetar psicofármacos, sin abordar en profundidad el contexto de vida del paciente, sus emociones, su condición socioeconómica o aspectos culturales que, en otras áreas, son elementos básicos para el cuidado del paciente. Al respecto, si bien en las órdenes médicas revisadas hubo remisiones a otras disciplinas aparte de la psiquiatría, esta forma de proceder no fue una constante. Entre los 41 casos, 12 tuvieron remisión a psicoterapia, 11 a psicología, 9 a trabajo social y 4 a terapia ocupacional. Además, aunque en ocasiones la remisión existía, hubo una marcada inclinación a que la historia clínica no registrara la realización de la consulta e, incluso, en algunas ocasiones, en las notas de urgencia psiquiátrica se indicó específicamente que la cita por psicología aún no se ha recibido.

Dado lo anterior, la revisión de las historias clínicas dio cuenta de un proceso de estandarización en el cuidado de esta población, el cual puede ser ejemplificado por el predominio de un enfoque biomédico, puesto que el tratamiento de los pacientes tendió a ser homogéneo, independientemente de los factores desencadenantes de sus problemas de salud mental, y centrado en el uso de psicofármacos.

Los diagnósticos y tratamientos prescritos coincidieron con los hallazgos de otros estudios con personas desplazadas en Colombia (Tamayo Martínez *et al.*, 2016), en los cuales, en la mayor parte de los casos, las personas en situación

de desplazamiento han sido diagnosticadas con ansiedad o depresión (según las categorizaciones diagnósticas del DSM y de la clasificación internacional de enfermedades, CIE). En este análisis, los diagnósticos más frecuentes fueron: trastornos depresivos y de ansiedad (11), seguidos de trastornos mentales orgánicos (6), trastornos psicóticos (5), trastorno adaptativo (3), uso o dependencia de sustancias psicoactivas (3), trastorno afectivo bipolar (2), reacción al estrés agudo (1) y trastorno esquizotípico (1), principalmente.

Respecto al tratamiento indicado, los medicamentos recetados fueron antidepresivos para 22 pacientes; hipnóticos para 21 y antipsicóticos para 13. Aunque algunos consultantes fueron remitidos a psicoterapia y terapia ocupacional, predominó el tratamiento con psicofármacos.

Con el propósito de ejemplificar las falencias en la caracterización del desplazamiento y en la recolección de datos, se presentó uno de los casos analizados, correspondiente al de una paciente remitida al hospital para recibir atención por trabajo social, tras la solicitud hecha por la unidad de atención a la población desplazada de una universidad ubicada en Cali (Figura 1). Desde esta primera remisión se planteó tratamiento en el hospital. El evento se relacionaba con el desplazamiento y la posible desaparición de su pareja. No obstante, once días después, la paciente fue atendida por urgencia psiquiátrica en el hospital, pero en esta ocasión iba remitida desde un centro asistencial público de baja complejidad, para solicitar un servicio de psiquiatría debido al grado de severidad. Le recetaron antidepresivos e hipnóticos y control por consulta externa. Luego de tres semanas, durante la cita de control, le incrementaron las dosis de fluoxetina y trazodona y le ordenaron atención por psicología, pero no se concretó.

Figura 1. Orden de remisión anexada en una de las historias clínicas revisadas

| UNIDAD DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN DESPLAZADA | | SOLICITUD DE ATENCIÓN EN SALUD |
|--|---|--------------------------------|
| FECHA | 20/08/2010 | |
| NOMBRE DEL DECLARANTE | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | |
| REMITIDO A. (TRABAJO SOCIAL) | C. Salud San Luis 2. Ofte 72 C 1A 2 -61 | |
| SE SOLICITA ATENCIÓN EN SALUD HASTA EL DÍA: | | |
| REMITIDO POR: | 21/sep/2010. | |

Fuente: Archivo de historias clínicas del hospital.

La ficha de desplazamiento

Como se indicó previamente, solo 10 (24,4 %) de los 41 casos estudiados contaban con una ficha de desplazamiento en su historia clínica, un formato utilizado para recopilar datos básicos de identificación del paciente que, más allá de los

inconvenientes en la cumplimentación de los campos, se destacaba por la intencionalidad en la captura de información sobre pertenencia étnica y situación de discapacidad. En cuanto a la caracterización del hecho victimizante, se indagaba por tipo, lugar y fecha del desplazamiento. Sin embargo, en ocasiones, la planilla de reporte era una hoja de papel suelta (Figura 2), sobre la que no se tenía constancia de haber ingresado estos datos a la historia clínica electrónica.

Figura 2. Ficha de desplazamiento anexada en una de las historias clínicas revisadas

| INFORMACIÓN PACIENTES DESPLAZADOS | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| FECHA: | |
| NOMBRE DEL PACIENTE: | |
| CEDULA: | |
| NOMBRE DEL DECLARANTE: | |
| CEDULA: | Duncello (Cra 90) |
| DESPLAZADO: (lugar y fecha) | Puerto Rico - Capota. Año 2008. |
| DECLARO: (lugar y fecha) | Palmarca - Valle |
| DIRECCION: | |
| AUTORIZA: | |

Dx: Trastorno de Adaptación con síntomas Depresivos
tlic: Polanca

Fuente: Archivo de historias clínicas del hospital.

El tipo de desplazamiento fue uno de los atributos que procuró recopilar la ficha de caracterización de los pacientes; aun así, el déficit en la recolección de los datos persistía. De los 10 casos que contaron con esta planilla, 2 no tuvieron información. De los 8 restantes, 5 eran individuales y 3 del hogar. De todos modos, las inconsistencias en el recabado de los datos se mantuvieron. Por otro lado, a lo largo de la comprobación de las historias clínicas de los 31 pacientes sin la ficha de desplazamiento, se identificó que 4 casos en los que, si bien no había un formato estandarizado para la recolección de esta información, sí hubo como mínimo una alusión al desplazamiento en el expediente médico. En las 4 ocasiones, este hecho victimizante no dejó de ser un elemento más que se consignó en la descripción del paciente, el cual no trascendía en la historia clínica como un factor relevante para tomar decisiones en cuanto a su atención.

Cursos de atención de tres pacientes

Con el propósito de describir los problemas de registro en el proceso de recolección de datos, y en general la ruta de atención seguida por los pacientes, se reconstruyeron a partir de la consulta de las historias clínicas, tres casos que se expondrán a continuación.

Primer caso: una paciente de 23 años fue remitida al hospital tras un intento de suicidio en el 2011. Fue diagnosticada con un trastorno adaptativo con síntomas depresivos relacionados con factores económicos, sociales e interpersonales. Aunque se remitió a sesiones de trabajo social y psicología, estas no se realizaron. Para su tratamiento se recetaron antidepresivos y control psiquiátrico por consulta externa. La ficha de desplazamiento de la paciente presentó incongruencias al compararla con la historia clínica, especialmente en los datos de caracterización del desplazamiento forzado. Si bien una nota psiquiátrica describe algunos datos sobre el desplazamiento como el lugar del evento (El Tambo, Cauca), fecha (2008), victimarios (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia, FARC), tal parece que este hecho victimizante no fue considerado para activar una estrategia de atención con enfoque diferencial. La historia clínica sugiere vínculos entre diagnóstico, hecho victimizante y condiciones socioeconómicas, como su residencia en Cali (lugar de arribo) desde hace 3 años con una media hermana, con quien tiene conflictos debido a su situación de desempleo y dependencia económica.

Segundo caso: un paciente de 13 años atendido en marzo de 2009, diagnosticado con síndrome convulsivo y retraso mental moderado con ideaciones suicidas y homicidas hacia compañeros de estudio y su hermano. De nuevo, se encontraron inconsistencias en el lugar del evento de desplazamiento entre la ficha (Suárez, Cauca) y la historia clínica (Santa Ana, Miranda, Cauca). La madre informó que el paciente no presenció actos homicidas, pero mencionó que «en el entorno había mucha muerte». Fue atendido por psiquiatría infantil y psicología, con tratamiento basado en anti-psicóticos y barbitúricos hasta agosto de 2012, fecha en la que se registra la última atención en el hospital. Asimismo, la atención por psicología, que tuvo lugar en dos ocasiones, ocurrió durante los primeros tres meses después de la primera consulta, resaltando que las sesiones debían espaciarse a un mes por dificultades económicas de la familia y las limitaciones de la madre por ser la única cuidadora.

Tercer caso: un paciente de 12 años atendido en el 2011, cuya caracterización del desplazamiento se tipificó inicialmente como de tipo individual, pero en la historia clínica se indica que el hecho ocurrió hace 18 años y que la familia reclamó sus derechos ante el Estado solo 2 años antes de la consulta. Por tanto, el hecho victimizante repercutió en el hogar, incluso antes que el paciente hubiese nacido. Así, la situación del menor se ajustaba más a los criterios de un desplazamiento transgeneracional.

A pesar de las diferencias entre los casos, son evidentes algunas imprecisiones y dificultades en el registro de la información, principalmente en lo que se refiere al valor que se la atribuye al hecho victimizante como un factor relevante para el tratamiento médico. Como ya se ha señalado, la hipótesis que hemos propuesto en este trabajo para explicar dichas imprecisiones es lo irrelevante que parece ser para el diagnóstico y el posterior tratamiento esta información.

DISCUSIÓN

Los vacíos en el recabado de datos socioeconómicos en las instituciones de salud son un obstáculo para la elaboración de caracterizaciones poblacionales como la presentada en esta investigación. Por tanto, si bien el cruce de información con el Sisbén implica un sesgo de selección de la población, es una decisión metodológica crucial para suplir la insuficiencia de información de los pacientes del hospital y en particular de la población clasificada como desplazada. De esta manera, la caracterización socioeconómica, de salud, de la estructura del hogar y de NBI de la población desplazada del hospital concordaba con los reportes oficiales. De acuerdo con los informes de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (2022), con corte al 31 de agosto de 2022, en el valle del Cauca se registraron 97 665 víctimas masculinas y 77 311 femeninas, mientras que, en Cali, 40 404 y 32 566, respectivamente.

En el departamento, entre los hechos victimizantes reconocidos por el RUV, el 83,5 % correspondió a desplazamiento forzado, cifra semejante a la de Cali, con el 82,7 %. En cuanto a las condiciones de vulnerabilidad, este estudio identificó el 22 % de pacientes en hacinamiento crítico, dato semejante al de la Unidad de Víctimas que, para el valle del Cauca, señaló el 18 % y para Cali, el 15,3 %. A su vez, el 4,9 % de servicios inadecuados hallado en esta investigación contrastó con el 42,9 % en el valle del Cauca y el 33,2 % en Cali de hogares en viviendas sin acceso a servicios públicos.

Este reporte también mostró que, según las estimaciones de superación de la línea de la pobreza, entre las víctimas pobres, el 90,6 % eran pobres extremos en el valle del Cauca (197 058) y el 94,1 % en Cali (44 260) (Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2022).

El perfil social, económico, demográfico y de salud de la población estudiada señaló que, además de enfrentar las repercusiones del desplazamiento forzado como hecho victimizante en sí mismo, existieron múltiples formas de vulnerabilidad que los pacientes debieron encarar.

En este estudio, más allá de las implicaciones del uso de una base de datos como el Sisbén, las NBI de los pacientes reflejaron que el 49 % vivía en pobreza y el

15 % en miseria, como muestra la Tabla 2. De igual modo, más del 97 % habitaba viviendas en los estratos 1 o 2 o en inquilinatos.

Los datos concuerdan tanto con los informes de la Unidad de Víctimas como con las cifras reportadas por estudios realizados con base en la ENSM de 2015, en los que se indicó que el 13,5 % y el 20 % de la población general y desplazada, respectivamente, residía en hogares pobres (Tamayo Martínez *et al.*, 2016).

Según lo expuesto, este sector afrontó la convergencia de formas de vulnerabilidad, entre las que se cuentan hechos victimizantes, pobreza y afectaciones a la salud mental. Por ejemplo, las dificultades económicas obstaculizaron la consecución de los medicamentos o los trasladados al hospital para ser atendidos, lo que provocó nuevas crisis y problemas de salud mental. Además, las personas desplazadas padecieron, como dificultades principales para acceder a infraestructuras de salud, la carencia de recursos para transporte, pago de consultas y dinero para la compra de medicinas (Mogollón Pérez *et al.*, 2003).

En lo que respecta a la condición étnica de los desplazados la Unidad de Víctimas expuso que, en el valle del Cauca, el 59,2 % de las víctimas especificó algún tipo de pertenencia étnica, de las cuales el 83,7 % se identificó como negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, mientras que, en Cali, las cifras correspondieron al 37,8 % y al 88,8 %, respectivamente. Sobre este asunto hay investigaciones que han manifestado la correlación entre la inequidad en el aseguramiento en salud en Colombia y la condición étnico-racial (Viáfara-López *et al.*, 2021), así como su interseccionalidad cuando se consideran el género y la movilidad social (Viáfara-López *et al.*, 2010). Sin embargo, estas precisiones, que son fundamentales para implementar estrategias de intervención con base en el enfoque diferencial, no se agotan en la condición étnico-racial, sino que van más allá, como muestra la Tabla 3, y el universo de víctimas reconocido por el Estado colombiano en la ciudad de Cali.

Tabla 3. Interseccionalidad del enfoque diferencial de víctimas en Cali

| | | | | | |
|--------------------|--------------------|--------|--------------|---------------|---------------|
| Pertenencia étnica | 27 624 | | | | |
| Mujer | 15 581 | 40 407 | | | |
| Discapacidad | 1744 | 2148 | 4615 | | |
| Menor de edad | 11 386 | 13 520 | 669 | 27 637 | |
| Persona mayor | 1928 | 3614 | 1346 | 0 | 6287 |
| | Pertenencia étnica | Mujer | Discapacidad | Menor de edad | Persona mayor |

Fuente: Elaboración propia con base en el reporte de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, con corte al 31 de agosto de 2022.

Hubo otros elementos que pueden estar relacionados con esa agudización de la condición de precariedad y de romper con el círculo vicioso de la desigualdad. Tal y como lo señala Efraín García-Sánchez (2019), haciendo referencia a la paradoja de la desigualdad económica, «percibir más desigualdad se relaciona con un mayor grado de aceptación; esta aceptación se asocia con un menor apoyo a medidas que buscan reducir tal desigualdad; y, en consecuencia, se justifica la desigualdad económica y se obstaculizan las posibilidades de cambio» (2019, p. IX).

Para el caso de este estudio, la condición de desplazamiento parece ser un factor que justifica y legitima las desigualdades contra personas pertenecientes a grupos étnicos y se traduce en una invisibilización de sus características, entendidas como una condición que puede incidir negativamente en las personas en situación de desplazamiento. Esta invisibilización no se debe tanto a ideologías o sistemas de creencias sobre la desigualdad como lo propone García-Sánchez (2019), sino a la existencia de un proceso de estandarización de la práctica psiquiátrica que, dentro de sus parámetros conceptuales y metodológicos, parece centrarse más en los resultados diagnósticos que en las condiciones o diversos factores sociales, económicos o culturales que detonaron la enfermedad.

Los datos obtenidos en esta investigación muestran la prevalencia de diagnósticos de trastornos depresivos y de ansiedad, lo que concuerda con otros trabajos realizados sobre población desplazada en el país (Campo-Arias *et al.*, 2014; Gómez-Restrepo *et al.*, 2016a; Tamayo Martínez *et al.*, 2016). El uso de la historia clínica para examinar los problemas de salud mental en personas desplazadas constituye una fuente interesante, pues, en el marco de unas condiciones ideales en cuanto a la captura de los datos de los pacientes se refiere, provee información sustancial acerca de los diagnósticos y la atención médica prestada en las instituciones hospitalarias, y permite ahondar en la ruta del paciente. Además, es un instrumento clave que, a partir de la revisión de la práctica clínica en su cotidianidad, posibilita contrastar los resultados de otras investigaciones realizadas con enfoques metodológicos diferentes, en las que prolifera el uso de encuestas.

No obstante, al igual que cualquier otra fuente, presenta algunas limitaciones, como problemas de registro de la información, ausencia de una descripción clara en aspectos clave para la caracterización de los hechos victimizantes como el hecho en sí, su espacialidad o temporalidad, al igual que poca o ninguna referencia a los antecedentes de salud mental del paciente y de sus familiares.

Un aspecto que es importante mencionar tiene que ver con que la mayoría de los pacientes tuvo su primer contacto con el hospital entre 2009 y 2011, años en los que la discusión sobre la definición de la condición de víctima del conflicto armado y las estrategias de reparación estaban siendo construidas, de lo que resultó, por ejemplo, la Ley 1448 de 2011. Esta Ley de Víctimas y Restitución de Tierras define,

entre otras cosas, la política de atención, asistencia y reparación a las víctimas, la cual contempla la implementación del Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado (Papsivi), como parte de la medida de asistencia en salud y rehabilitación física, mental y psicosocial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Con esta norma se le confirieron al sector salud, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, competencias en la formulación de medidas de atención, asistencia y rehabilitación. Por consiguiente, fue necesario construir un protocolo que orientara dicha atención.

Es importante resaltar la brecha temporal existente entre la promulgación de la ley, en el año 2011, y la publicación del Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, en 2017 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Si el Protocolo buscaba dar respuesta a puntos difusos o críticos en la atención clínica de pacientes en el marco de atención integral a víctimas del conflicto armado, cabe preguntarse cuál fue, antes de 2017, el modelo que orientó el desarrollo de actividades o tareas relacionadas con esa atención.

Las historias clínicas que se estudiaron están contempladas en este periodo en el que, si bien existía un marco normativo que indicaba que esa población debía ser abordada con modelos de atención diferentes de aquellos con los que se atendía a la población general, no había protocolos que guiaran a las instituciones encargadas de las intervenciones de mediana y alta intensidad —como es el caso de un hospital monovalente de atención especializada en psiquiatría— sobre los ajustes que debían hacer en sus procesos para atender personas afectadas por desplazamiento⁸.

En ese sentido, durante la revisión de las historias clínicas se identificaron inconsistencias en la verificación de esa condición, con unos cuantos casos en los que se registró una ficha de desplazamiento, que presentaba inconvenientes en el recabado de datos. Además, el tipo de historia que se empleó en el hospital para el registro de la atención clínica de los sujetos pertenecientes a esta población era el mismo que se utilizaba para la comunidad general valorada en esta institución.

Por otra parte, la estandarización de la atención observada en las historias clínicas analizadas también explica las lagunas en la tipificación del desplazamiento de los pacientes. En principio, es posible plantear dos escenarios: el primero, que las inconsistencias en el recabado de los datos de los pacientes fueron el resultado de un descuido en el registro de los datos durante la atención en el hospital⁹; el segundo,

⁸ Pese al interés por verificar de qué modo la publicación del protocolo del Papsivi modificó las prácticas de atención a esta población, la mayor parte de los casos fueron atendidos por primera vez entre el 2009 y 2011. Además, en aquellos casos que el curso de atención se prolongó por varios años o tuvo lugar después del 2017, no se encontró ninguna referencia al Papsivi en las historias clínicas revisadas.

⁹ Aunque no tenemos datos que nos permitan generalizar el descuido en el registro como una pauta de conducta, como parte de la investigación que se está realizando sobre atención hospitalaria,

que fue una de las consecuencias de ciertas decisiones administrativas que toman las instituciones, es decir, pudo deberse a lógicas en el tratamiento de la información para agilizar la atención del paciente, en las cuales se ingresaba a la persona en la base de datos como población desplazada para que se acogiera a uno de los contratos entre el hospital y otra entidad que financia su manejo en la institución, sin que, en efecto, se pudiera comprobar esta condición.

Sin embargo, también es factible formular que estos casos fueron desestimados, como ya se señaló, a partir de la estandarización de las prácticas de la atención hospitalaria, en donde los pacientes fueron atendidos de manera indiferenciada, sin tener en cuenta las particularidades de su situación de desplazamiento, social, cultural o económica. A esto se sumó la falta de un seguimiento adecuado a un grupo humano que, por razones de su misma protección y seguridad, se caracterizó por una frecuente movilidad. El caso señalado en el apartado de resultados, presentado en la Figura 2, expone el modo en que, en primer lugar, se remitió a la paciente por consulta con trabajo social y, tras varios días en los que no fue posible comprobar ningún otro tipo de atención en el hospital, terminó por ser atendida como urgencia psiquiátrica y tratada con fluoxetina y trazodona.

CONCLUSIONES

El cruce de información con el Sisbén enfatizó la vulnerabilidad de este grupo poblacional, reflejada en indicadores de NBI como hacinamiento crítico, vivienda inadecuada, pobreza y miseria, lo que parece relacionarse con la falta de continuidad en el tratamiento y la inasistencia a citas de control. Esta es una población expuesta por sus problemas de seguridad, que presenta dificultades tanto para el acceso como para la continuidad de los tratamientos de calidad en salud, como la superación de la pobreza.

Las caracterizaciones sociodemográficas —como las que se elaboran en este artículo— son claves para tipificar poblaciones con necesidades particulares, suplir vacíos en el recabado de datos —como en el caso de la salud mental— y contribuir en la toma de decisiones para elaborar políticas públicas que, por el perfil de los sectores objetivo, requieren modelos de atención que se ajusten a sus necesidades.

Para finalizar, este artículo resalta cómo, al menos desde la normatividad, la Ley de Víctimas o el Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado rompen con una indeterminación en el modo de

algunos funcionarios que trabajan en la recepción y registro de pacientes nos informan que en algunas ocasiones, para agilizar los trámites y remitir rápidamente al paciente, se saltan en el diligenciamiento de la información algunos ítems de información general del paciente.

atender poblaciones con necesidades especiales, pero en el caso aquí analizado, la atención estandarizada de la población desplazada hace que los factores sociales o culturales no cuenten con el peso suficiente en la identificación del diagnóstico ni en las alternativas para abordar el sufrimiento.

Los procesos de estandarización médica hacen parte de lo que aquí hemos llamado el círculo vicioso de las desigualdades sociales, pues a pesar de que en todas las normas y protocolos de atención de personas desplazadas o pertenecientes a grupos étnicos se recomienda una atención diferenciada para dichos grupos, los modelos de atención y tratamiento médicos predominantes responden a una lógica distinta que no distingue este tipo de particularidades, sino que, por el contrario, enfatizan prácticas estandarizadas a partir de manuales como el DSM o el CIE y otros protocolos de atención psiquiátrica, mundialmente reconocidos.

REFERENCIAS

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2020). *Tendencias Globales Desplazamiento Forzado en 2019*. ACNUR. <https://www.acnur.org/5eeaf5664.pdf>
- Aristizábal, E., Palacio, J., Madariaga, C., Osman, H., Parra, L. H., Rodríguez, J., & López, G. (2012). Síntomas y traumatismo psíquico en víctimas y victimarios del conflicto armado en el Caribe colombiano. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 123-152. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21323171008>
- Bell, V., Méndez, F., Martínez, C., Palma, P. P., & Bosch, M. (2012). Characteristics of the Colombian Armed Conflict and the Mental Health of Civilians Living in Active Conflict Zones. *Conflict and Health*, 6(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-6-10>
- Cáceres, D. C., Izquierdo, V. F., Mantilla, L., Jara, J., & Velandia, M. (2002). Perfil epidemiológico de la población desplazada por el conflicto armado interno del país en un barrio de Cartagena, Colombia, 2000. *Biomédica*, 22, 425-444. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v22iSupp2.1191>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177-185. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.003>
- Cardozo Rusinque, A. A., Cortés-Peña, O. F., & Castro Monsalvo, M. (2017). Relaciones funcionales entre salud mental y capital social en víctimas del conflicto armado y personas en situación de pobreza. *Interdisciplinaria*, 34(2), 235-257. <https://doi.org/10.16888/interd.2017.34.2.1>
- Castaño Pérez, G. A., Sánchez Acosta, D., Semenova Moratto, N., Salas Zapata, C., Buitrago Salazar, C., & Agudelo Martínez, M. A. (2018). *Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura*. Editorial CES. <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/3846>

- Ceballos Bedoya, M. A. C. (2013). El desplazamiento forzado en Colombia y su ardua reparación. *Araucaria*, 15(29), 29. <https://revistascientificas.us.es/index.php/araucaria/article/view/1995>
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2016). *¡Basta ya! Colombia: Memories of war and dignity*. Centro Nacional de Memoria Histórica. <http://centredememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2016/basta-ya-ingles/BASTA-YA-ingles.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (1997). *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*. Congreso de la República de Colombia. https://www.unidadvictimas.gov.co/documentos_bibliotec/ley-387-de-1997/
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1448 de 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones*. Congreso de la República de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eval/gestornormativo/norma.php?i=43043>
- Correa de Andreis, A., Palacio Sañudo, J., Jiménez Ocampo, S., & Díaz Benjumea, M. R. (2009). La configuración del proceso de desplazamiento forzado—Reasentamiento. En A. Correa de Andreis, J. Palacio Sañudo, S. Jiménez Ocampo & M. R. Díaz Benjumea (Eds.), *Desplazamiento interno forzado* (pp. 71-101). Editorial Universidad del Norte; JSTOR. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1c3q0jc.7>
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of Serious Mental Disorder in 7000 Refugees Resettled in Western Countries: A Systematic Review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- García-Sánchez, E. (2019). *El círculo vicioso de la desigualdad económica: el rol de las percepciones e ideologías de la desigualdad*. [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/55473>
- Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Buitrago, G., Guarnizo-Herreño, C. C., Garzón-Orjuela, N., Eslava-Schmalbach, J., de Vries, E., Rengifo, H., Rodríguez, A., & Rincón, C. J. (2016a). Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001>
- Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Bohórquez, A., Rondón, M., Medina Rico, M., Rengifo, H., & Bautisa, N. (2016b). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 58-67. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.009>
- Huertas, R. (2001). Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. *Fenia. Revista de Historia de La Psiquiatría*, 1(2). <http://0-www.revistaen.es/index.php/fenia/article/view/16361>
- Lair, E. (2000). Colombia: una guerra contra los civiles. *Colombia Internacional*, (49-50), 135-147. <https://doi.org/10.7440/colombiaint49-50.2000.07>

- Londoño, A., Romero, P., & Casas, G. (2012). The Association Between Armed Conflict, Violence and Mental Health: A Cross Sectional Study Comparing Two Populations in Cundinamarca Department, Colombia. *Conflict and Health*, 6(1), 12. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-6-12>
- Médicos sin Fronteras. (2013). *Las heridas menos visibles: salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia*. Médicos sin Fronteras. https://www.msf.es/sites/default/files/legacy/adjuntos/Informe-Colombia_Junio-2013.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado*. MINSALUD. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf>
- Mogollón Pérez, A., Vázquez Navarrete, M. L., & García Gil, M. del M. (2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Revista Española de Salud Pública*, 77(2), 257-266. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000200008
- Morina, N., Akhtar, A., Barth, J., & Schnyder, U. (2018). Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00433>
- Pécaut, D. (2001). *Guerra contra la sociedad*. Espasa.
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated with Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602-612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- Richards, A., Ospina-Duque, J., Barrera-Valencia, M., Escobar-Rincón, J., Ardila-Gutiérrez, M., Metzler, T., & Marmar, C. (2011). Post-traumatic Stress Disorder, Anxiety and Depression Symptoms, and Psychosocial Treatment Needs in Colombians Internally Displaced by Armed Conflict: A Mixed-method Evaluation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(4), 384-393. <https://doi.org/10.1037/a0022257>
- Rivera Burgos, J. P. (2020). *Anexo estadístico capítulo niñas, niños y adolescentes*. Comisión de la Verdad. https://www.comisiondelaverdad.co/sites/default/files/2022-08/02_Anexo_NoEsMalMenor_07302022.pdf
- Roberts, B., & Browne, J. (2011). A Systematic Review of Factors Influencing the Psychological Health of Conflict-affected Populations in Low- and Middle-income Countries. *Global Public Health*, 6(8), 814-829. <https://doi.org/10.1080/17441692.2010.511625>
- Rodríguez, Y. A. (2018). *La historia de Filomena. Procesos de estandarización psiquiátrica en una localidad* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/69279>
- Sacipa, S., Vidales, R., Galindo, L., & Tovar, C. (2007). Psychosocial Accompaniment to Liberate the Suffering Associated with the Experience of Forced Displacement. *Universitas Psychologica*, 6(3), 589-600. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000300011

- Shultz, J. M., Garfin, D. R., Espinel, Z., Araya, R., Oquendo, M. A., Wainberg, M. L., Chaskel, R., Gaviria, S. L., Ordóñez, A. E., Espinola, M., Wilson, F. E., Muñoz García, N., Gómez Ceballos, A. M., Garcia-Barcena, Y., Verdeli, H., & Neria, Y. (2014). Internally Displaced «Victims of Armed Conflict» in Colombia: The Trajectory and Trauma Signature of Forced Migration. *Current Psychiatry Reports*, 16(10), 475. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0475-7>
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537-549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
- Tamayo Martínez, N., Rincón Rodríguez, C. J., de Santacruz, C., Bautista Bautista, N., Collazos, J., & Gómez-Restrepo, C. (2016). Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 113-118. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.004>
- Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine*. Temple University Press.
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2022). *Reporte de caracterización*. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/reporte-de-caracterizacion/37398>
- Viáfara-López, C. A., Moreno, A. E., & González-Aguiar, L. M. (2010). Condición étnico-racial, género y movilidad social en Bogotá, Cali y el agregado de las trece áreas metropolitanas en Colombia: un análisis descriptivo y econométrico. *Sociedad y economía*, 18, 113-136. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99618003004>
- Viáfara-López, C. A., Palacios-Quejada, G., & Banguera-Obregón, A. (2021). Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: un estudio de corte transversal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e18. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2021.v45/e18/>