



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **Narrativas sobre el cuidado del profesional de enfermería y la salud Pública en víctimas del conflicto armado en Colombia**

**Danixa Lizjanne Rodríguez Giraldo**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Maestría en Salud Pública  
Bogotá, Colombia

2018



# **Narrativas sobre el cuidado del profesional de enfermería y la salud pública en víctimas del conflicto armado en Colombia**

**Danixa Lizjanne Rodríguez Giraldo**

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:  
**Magíster en Salud Pública**

Directora:

Doctora Diana Zulima Urrego Mendoza

Línea de Investigación:

*Narrativas médicas*

Grupo de Investigación:

Racionalidades médicas y prácticas en salud y enfermedad

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Maestría en Salud Pública  
Bogotá, Colombia

2018





A mi *madre*,

Por darme la vida, por creer en mí y acompañarme durante toda mi vida, en cada uno de mis logros; por su motivación y entrega para seguir



## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional de Colombia mi alma mater, por abrirme sus puertas y darme la oportunidad de enriquecerme en conocimiento personal y profesional y permitirme culminar esta etapa de mi vida.

A mi directora, la doctora Diana Zulima Urrego Mendoza, por confiar en el aporte académico y social de este trabajo, por guiarme y estar junto a mí en la edificación y logro de esta meta propuesta.

A los profesionales de enfermería participantes de este trabajo, por compartir sus experiencias de vida personal y profesional sobre salud pública y el cuidado a las víctimas del conflicto.

A mi familia, porque con su sacrificio, comprensión y apoyo incondicional, me han dado la posibilidad de cumplir mis sueños.





## Resumen

El profesional de enfermería ha contribuido al cuidado de la salud de las víctimas del conflicto armado en Colombia, a sus familias y a la comunidad en los diferentes escenarios del conflicto armado; situación que implica asumir un riesgos durante el ejercicio profesional. Al realizar una búsqueda de literatura sobre esta temática, se identifican limitadas investigaciones y trabajos académicos sobre narrativas del profesional de enfermería respecto a su experiencia de cuidado a las víctimas del conflicto armado y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública. Esta investigación buscó comprender las narrativas del profesional de enfermería sobre su experiencia de cuidado a las víctimas del conflicto armado y su ejercicio profesional de las competencias propias de salud pública. Para el desarrollo de la presente investigación se planteó un enfoque cualitativo hermenéutico, con diseño de investigación narrativo interpretativo. Como participantes del estudio se tuvieron en cuenta profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado en Colombia. Los resultados mostraron que enfermería se identifica como una profesión que aporta al cuidado de las víctimas y sus familias, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida y la existencia de obstáculos que no son contemplados en la formación del profesional, relacionados con el ejercicio profesional de enfermería en salud pública en el territorio nacional.

**Palabras clave:** Cuidado del profesional de enfermería, competencias profesionales de enfermería y salud pública, conflicto armado/ Colombia, enfermería y narrativas, enfermería y víctimas conflicto armado.

## **Abstract**

The nursing professional has contributed to the health care of the victims of the armed conflict in Colombia, their families and the community in the different scenarios of the armed conflict; situation that implies taking risks during the professional exercise. When conducting a literature search on this subject, limited research and academic work on narratives of the nursing professional are identified with respect to their experience in caring for the victims of the armed conflict and the professional practice of public health. This research sought to understand the narratives of the nursing professional about their experience of caring for the victims of the armed conflict and the professional exercise of the public health competencies in this professional. For the development of the present investigation a qualitative hermeneutic approach was proposed, with interpretive narrative research design. Nursing professionals who took part in the work related to the care of victims of the armed conflict in Colombia were taken into account as participants in the study. The results showed that nursing is identified as a profession that contributes to the care of the victims and their families, contributing to the improvement of the quality of life and the existence of obstacles that are not contemplated in the professional training, related to the exercise of public health in the national territory.

**Keywords:** Care of the nursing professional, professional competences of nursing and public health, armed conflict/Colombia, Nursing and narratives, nursing and victims armed conflict.

# Contenido

	Pág.
Resumen.....	XI
Lista de tablas.....	XVI
Lista de Símbolos y abreviaturas.....	XVII
Entre los recuerdos.....	XX
Introducción.....	5
<b>1. Problema de investigación y justificación .....</b>	<b>9</b>
1.1 Objetivo General .....	13
1.2 Objetivos Específicos.....	13
1.3 Antecedentes .....	13
<b>2.1 Marco conceptual general: Ejercicio profesional de enfermería en salud pública en el conflicto armado.....</b>	<b>17</b>
2.1.1 Conflicto Armado en el mundo y su impacto en la población civil .....	18
2.1.2 Conflicto Armado en América Latina y su impacto en la población civil.....	20
2.1.3. Conflicto armado en Colombia: Caracterización de la violencia, las víctimas y los perpetradores .....	22
2.1.4 Posconflicto con las FARC y conflicto con el ELN: influencia en el ejercicio profesional de enfermería en salud pública.....	27
2.1.5 El conflicto armado como problemática de salud pública en Colombia .....	28
<b>2.2 El abordaje del cuidado en la formación y práctica del profesional de enfermería.....</b>	<b>31</b>
2.2.1 Experiencias de cuidado.....	35
2.2.2 La importancia de la situación de cuidado para el profesional de enfermería .....	36
<b>2.3. Sobre los aportes del abordaje de las narrativas en enfermería desde el enfoque Hermenéutico Interpretativo .....</b>	<b>37</b>
<b>2.4 La formación profesional de enfermería para el cuidado de las personas y la salud pública en el contexto del conflicto armado.....</b>	<b>39</b>
2.4.1 Sobre el ejercicio profesional de enfermería en Colombia .....	39
2.4.2 Lineamientos para la formación profesional de enfermería en Colombia.....	40

2.4.3 Lineamientos para la formación profesional de enfermería en salud pública: ejercicio profesional de enfermería en salud pública desde el componente de promoción de la salud en Colombia. ....	41
<b>2.5 El abordaje del ejercicio profesional de enfermería en salud pública desde un enfoque diferencial.....</b>	<b>49</b>
<b>2.6 El Ejercicio profesional de enfermería en relación con la Ley 1448 de 2011 "Ley de Víctimas y Restitución de Tierras" en Colombia.....</b>	<b>52</b>
<b>3. Metodología.....</b>	<b>56</b>
3.1 Tipo de Estudio .....	56
3.2 Población.....	57
3.3 Recolección, procesamiento y análisis de la información.....	59
3.4 Limitaciones del diseño con respecto a los objetivos establecidos dentro del proceso investigativo.....	65
3.5 Aspectos éticos .....	65
<b>4. Resultados.....</b>	<b>68</b>
4.1 Situaciones del cuidado del profesional de enfermería hacia las víctimas del conflicto armado según la temporalidad, la espacialidad, los hechos, el tipo de violencia, el tipo de víctima y el perpetrador .....	70
4.1.1 Categoría. Tiempo.....	70
4.1.2 Categoría. Ubicación geográfica.....	71
4.1.3 Categoría. Conflicto armado .....	72
4.1.4 Categoría. Tipo de violencia .....	74
4.1.5 Categoría. Víctima y tipo de víctima .....	76
4.1.6 Categoría. Perpetrador.....	77
4.2 El significado del cuidado para el profesional de enfermería que atiende a víctimas del conflicto armado.....	78
4.2.1 Categoría. Enfermería y cuidado .....	78
4.2.1.1 Categoría. Sentimientos ante el sufrimiento.....	80
4.2.1.2 Categoría. El cuidado en el conflicto armado.....	81
4.2.1.3 Categoría. Barreras en el cuidado .....	83
4.3 Experiencia del profesional de enfermería respecto al cuidado de las víctimas y las competencias de salud pública adquiridas durante su formación .....	84
4.3.1 Categoría. Debilidades en la formación profesional .....	85
4.3.2 Categoría. Fortalezas en la formación profesional.....	87
4.3.3 Categoría. Oportunidades de mejora para la formación profesional .....	88
4.4 Cuidado del profesional de enfermería con el direccionamiento y las funciones establecidas por la Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y restitución de tierras" .....	88
4.4.1 Categoría. Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y restitución de tierras" .....	89
4.4.1.1 Categoría. Limitaciones para ayudar a la reparación de las víctimas .....	90
4.5. Variaciones del cuidado del profesional de enfermería y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública en el conflicto armado.....	91
4.5.1 Categoría. Salud pública .....	91
4.5.1.1 Categoría. Barreras de salud pública. ....	92
4.5.1.2 Categoría. Formación interprofesional.....	94
4.5.1.3 Categoría. Formación profesional en salud pública .....	95
4.5.1.4. Categoría. Ejercicio profesional de enfermería en salud pública en escenarios del conflicto .....	96
4.4.1.5 Categoría. Interculturalidad .....	97

4.4.1.6 Salud pública y posconflicto.....	97
<b>5. DISCUSION.....</b>	<b>99</b>
5.1 Situaciones del cuidado del profesional de enfermería hacia las víctimas del conflicto armado según la temporalidad, la espacialidad, los hechos, el tipo de violencia, el tipo de víctima y el perpetrador .....	100
5.2 El significado del cuidado para el profesional de enfermería que atiende a víctimas del conflicto armado .....	104
5.3 Experiencia del profesional de enfermería respecto al cuidado de las víctimas y las competencias de salud pública adquiridas durante su formación .....	108
5.4 Cuidado del profesional de enfermería con el direccionamiento y las funciones establecidas por la Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y restitución de tierras" .....	111
5.5 Variaciones del cuidado del profesional de enfermería y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública en el conflicto armado.....	113
<b>6. Conclusiones .....</b>	<b>118</b>
<b>7. Recomendaciones.....</b>	<b>124</b>
<b>A. Anexo: Narrativa – FLOCA85 .....</b>	<b>126</b>
<b>B. Anexo: Narrativa – PULE10.....</b>	<b>131</b>
<b>C. Anexo: Acto Terrorista / Atentado / Combate / Enfrentamiento / Hostigamiento. Año 2018.....</b>	<b>135</b>
<b>D. Anexo. Vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados. Año 2018.....</b>	<b>136</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>137</b>

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 3-1</b> Categorización para el modelo de análisis narrativo _____	<b>62</b>
<b>Tabla 3-2</b> Criterios para la organización del análisis narrativo según objetivos _____	<b>63</b>
<b>Tabla 4-1</b> Presentación de resultados de la investigación _____	<b>68</b>

## Lista de Símbolos y abreviaturas

### Abreviaturas

#### Abreviatura Término

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas
ACOFAEN	Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería
ACSP	Asociación Colombiana de Salud Pública
ADO	Movimiento de Autodefensa Obrera
ANEC	Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
APS	Atención primaria en salud
Art	Artículo
BACRIM	Bandas emergentes en Colombia
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
CategoríaE	Categoría Emergente de investigación
CNA	Consejo Nacional de Acreditación
CNTHS	Consejo Nacional del Talento Humano en Salud
CIOMS	Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas
DDR	Desarme, desmovilización y reintegración
ELN	Ejército de Liberación Nacional
EPL	Ejército Popular de Liberación
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MinSalud	Ministerio de Salud y Protección Social

<i>MSF</i>	Médicos Sin Fronteras
<i>NNA</i>	Niños, Niñas y adolescentes
<i>OMS</i>	Organización Mundial para la Salud
<i>ONS</i>	Observatorio Nacional de Salud
<i>ONU</i>	Organización de las Naciones Unidas
<i>OPS</i>	Organización Panamericana de la Salud
<i>PAICMA</i>	Programa Presidencial de Atención Integral contra Minas Antipersonal
<i>PAIS</i>	Política de Atención Integral en Salud
<i>PDSP</i>	Plan Decenal de Salud Pública
<i>PVH</i>	Proceso Vital Humano
<i>RIAS</i>	Rutas Integrales de Atención en Salud
<i>RNI</i>	Red Nacional de Información
<i>RUV</i>	Registro Único de Víctimas
<i>TEPT</i>	Desordenes de estrés postraumático



## Entre líneas...

Los profesionales de enfermería nos hemos caracterizado por el elevado sentido social y de cuidado hacia el otro en el ejercicio laboral.

Cuando surgió la idea de realizar esta tesis me animaba la necesidad de conocer cuáles eran las circunstancias por las que pasaron o están pasando los colegas en situaciones tan duras como la violencia generada por el conflicto armado. Se habla mucho de escuchar la voz de las víctimas y documentar sus historias, pero quería saber qué pasa detrás de esos profesionales de enfermería que cuidan a esas víctimas, que viven en carne propia la violencia, que son amenazados y a quienes les violan sus derechos civiles y profesionales.

Cuando empecé a contactar a los profesionales de enfermería que en algún momento de sus vidas estuvieron enfrentados a este tipo de situaciones, la expectativa fue alta, en relación con lo que encontraría, qué historias me iban a relatar. Contacté a muchos profesionales, y catorce de ellos se ofrecieron voluntariamente a colaborar con la investigación, a abrir su alma y relatar cada una de las historias y experiencias vividas en estas zonas.

Al escuchar todos los relatos de las vivencias recuperadas de su día a día, para unos ya como recuerdos, para otros el diario vivir, pasaron por mi cabeza variados pensamientos e ideas, sentimientos frente a lo que escuchaba de los colegas, por todas aquellas situaciones difíciles que pasaron, llenos de nostalgia, tristeza, impotencia y por la crudeza con que algunos cuentan las desgarradoras historias de enfrentamientos y combates, con inminente riesgo para sus vidas, y donde tenían que atender a personas víctimas, como niños y jóvenes que no pidieron vivir en medio del conflicto.

Es imposible con estos relatos no transportarse a ese momentos; nací en un pueblo ubicado al norte del Tolima, azotado por mucho años —diría que en toda mi niñez— por el conflicto armado. Vivíamos bajo las intimidaciones de los grupos armados, especialmente los paramilitares y los grupos del Ejército de Liberación Nacional ELN. Eran de frecuente ocurrencia las amenazas y los asesinatos que teníamos que presenciar de personas que conocíamos, sobrecogedor, definitivamente no es igual contarlos que vivirlos.

En una ocasión el Banco Agrario del pueblo fue objeto de una toma guerrillera; el Ejército Nacional no respetó a la población civil y a través de lo que por la época llamábamos “el avión fantasma”, disparó contra todo el mundo; los guerrilleros corrieron a buscar refugio en el hospital y arremetieron contra todos los que estaban ahí. Recuerdo que entre la lista de fallecidos apareció una enfermera, que hacía poco había llegado a trabajar allí, el médico rural y dos auxiliares de enfermería; fue una tragedia. En ese momento me pregunté ¿qué será lo que piensan los profesionales de la salud cuando tienen que venir a estas zonas a prestar sus servicios? ¿Será que lo hacen porque quieren, o por obligación? Ahora, siendo enfermera, entiendo las motivaciones para entregar su vida por el cuidado de las personas más necesitadas.

Me parece importante destacar que en los relatos de los profesionales recién graduados y que están en zonas de riesgo no aparecen manifestaciones de miedo, ni de impotencia: se trata de relatos de experiencias exitosas en el acompañamiento a las víctimas y sus familias, en especial en el proceso de restablecimiento por la pérdida de un ser querido que les fue arrebatada por la violencia.

Tuve la oportunidad de escuchar la historia de una experiencia que está viviendo un colega; un ejercicio hermoso de enfermería que va más allá de prestar los cuidados básicos a las víctimas. En sus relatos se puede percibir la dedicación y afecto con que atiende a las víctimas del conflicto, reconforta encontrar colegas que disfrutan su trabajo porque implica prestar un servicio al otro. Este profesional tiene un grupo de payasos hospitalarios, como él lo menciona: *“tenemos que propagar un virus llamado felicidad, donde ellos se den cuenta de las grandes cosas que tienen en su territorio, que tal vez en la ciudad no se tiene. Ellos son felices con pocas cosas y a veces no se dan cuenta, entonces es algo que se debe trabajar desde las instituciones de salud, voy por todo el territorio restaurando vidas”*. Es evidente que se apropió de su labor de cuidado, en verdad entregan la vida por prestar ayuda a las víctimas, son líderes.

Según mi sentir, encuentro que el tipo de cuidado que se prodigaba hace 20 años, en relación con el que se practica ahora, no debe cambiar; debe trascender hacia la generación de nuevos conocimientos, para que esté en capacidad de adaptarse a las nuevas necesidades de la población, que permanezca abierto a diversas interpretaciones, siempre y cuando conserve las raíces que hacen que nuestra profesión tenga un sentido.

Resulta además imperioso rescatar la camaradería, que se ha perdido un poco, y aceptar que el trabajo en equipo es necesario para brindar un mejor cuidado a las personas.

Los invito a recuperar escenarios de cuidado donde prime la humanización, el compañerismo, el respeto por la vida del otro, a sentir el dolor y la necesidad del otro, a desarrollar visiones emprendedoras de cuidado, sin perder horizontes epistemológicos e incrementar un conocimiento abierto a las nuevas tendencias.

Enfermería hace un llamado a que se reestructuren los programas, involucrando en la enseñanza-aprendizaje la búsqueda de escenarios más reales, que aporten nuevas habilidades para manejar las problemáticas de las comunidades, como las zonas de violencia generadas por el conflicto.

Es gratificante escuchar los relatos y reconocer que los profesionales de enfermería asumen el cuidado como inherente a nuestra profesión, es nuestro único y real objetivo, reconocer que además nos interesa el autocuidado y sentirnos plenos para brindar el cuidado de la mejor manera.

Sin embargo, la satisfacción que manifiesto no está completa, porque causa preocupación identificar en los relatos que para la mayoría de los colegas, la salud pública no es del todo clara, y que nuestras acciones como profesionales de enfermería en ese campo solo se basen en la gestión y educación a la comunidad. Me inquieta que enfermería no esté preparada para atender a las nuevas generaciones y nos quedemos estancados en el modelo de cuidado que practicábamos hace décadas, y no podamos dar el salto a la vanguardia de las nuevas tendencias.

Por último, quiero agradecer a todos los profesionales que colaboraron con esta investigación, porque con paciencia, sacando tiempo de sus apretadas agendas y sin pedir nada a cambio, pusieron un granito de arena para el desarrollo y el aporte al conocimiento de nuestra profesión.

# Introducción

Colombia ha sufrido por más de medio siglo un conflicto armado interno, que ha generado barreras en el desarrollo del país, ligadas a las consecuencias negativas en aspectos económicos, culturales, políticos y sociales. De esta forma, las acciones bélicas han perjudicado a los actores participantes del conflicto, entre ellos a la población civil, afectando a los más vulnerables, como los niños, niñas, adolescentes y en forma general, a las personas que habitan los territorios en conflicto, como los campesinos y los indígenas (Calderón, 2016).

Igualmente, el conflicto armado ha fomentado situaciones de desplazamiento, el reclutamiento forzado, extorsión, afectación de bienes, secuestros, minas antipersonales y violencia sexual. Estas acciones en contra de los derechos humanos han generado además homicidios, de los cuales 9.804 son atribuidos a los integrantes de las fuerzas del estado, 35.683 a las guerrillas, y 94.754 a los grupos paramilitares (Red Nacional de Información - RNI, 2018),

En este sentido, el contexto del conflicto armado en Colombia implica hacer frente a retos sociales, evidenciando la necesidad de acciones que salvaguarden la salud en víctimas y en los profesionales de enfermería que atienden dichas situaciones.

El conflicto armado debe ser tenido en cuenta en el área de la salud pública, dado que no solo aborda las tasas de mortalidad y las posibles discapacidades que pueden ocasionar, sino que además, involucra el impacto y las consecuencias de las acciones de violencia en la salud en las personas, sus familias y en la misma comunidad. La integralidad de la salud pública invita a revisar los contextos donde viven y desarrollan las víctimas, como las enfermedades transmisibles, la salud reproductiva y sexual, además de la salud mental, entre otras funciones (Observatorio Nacional de Salud-ONS, 2017).

En este sentido, los profesionales de enfermería deben estar dispuestos a cuidar todo tipo de población en situaciones de conflicto y deberían contar con herramientas y conocimientos propios de su profesión y de la salud pública, para dar atención integral a la comunidad.

Así mismo, por medio de las acciones de cuidado en salud pública, como promoción de la salud, prevención de la enfermedad, se pueden potenciar los recursos disponibles de cada región, empoderando a las personas víctimas del conflicto, en busca de su bienestar (Arias, 2013), logrando que los profesionales, sean actores relevantes en el conflicto, porque se encuentran de forma participativa y activa en las zonas marcadas por la violencia (Calderón, 2016).

No obstante, Laverde de Botero (2004) refiere que existen pocas investigaciones sobre los peligros que afrontan los profesionales de enfermería en el contexto del conflicto armado, por lo que persiste un desconocimiento, sobre cómo reaccionar y enfrentar situaciones de su ejercicio profesional en un ambiente de conflicto armado y violencia.

Por lo anterior, es necesario realizar aprendizajes integrados, enfocados hacia el contexto real del país, lo cual se construye con base a orientaciones nuevas e innovadoras, involucrando en mayor medida a los universitarios con la sociedad, brindando ayuda en cuanto a los alcances que ha presentado la ciencia y la practica en disciplina de enfermería (Arias, 2015).

Además, si bien es cierto que Colombia firmó un acuerdo de paz con unos de los grupos guerrilleros más antiguos del continente, generando un ambiente de posconflicto y de optimismo, la realidad invita a reflexionar sobre las problemáticas pendientes por abordar, como son los grupos armados que continúan vigentes en el país, las bandas criminales, el narcotráfico y la minería ilegal (Ortiz-Riomalo & Rettberg, 2018).

Esta investigación inicio su desarrollo en el año 2015, cuando aún no estaba firmado el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, acuerdo que se hizo efectivo en agosto del año 2016. Por esta razón, este estudio partió desde la Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y restitución de tierras", al plantear como uno de sus objetivos el comparar los hallazgos del cuidado del profesional de enfermería a las víctimas del conflicto armado, con el direccionamiento y

las funciones establecidas por esta ley, vigente hasta la fecha. Con los hallazgos de este estudio, se identificó la necesidad de plantear un modelo de salud pública en las regiones de conflicto armado, que responda a las necesidades de salud de las personas en condición de vulnerabilidad, como son las víctimas del conflicto armado, aspecto que también lo retoma el Acuerdo final y lo establece con la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (Acuerdo Final, 2016).

Para lograr los objetivos de esta investigación, se abordaron profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado. La metodología utilizada consistió en un enfoque cualitativo hermenéutico, con diseño de investigación narrativo interpretativo. Se realizó un muestreo intencional, utilizando como técnica de recolección de información la entrevista narrativa a catorce profesionales de enfermería. Para el proceso de análisis de la información, se utilizó la estrategia de la codificación y la preconcepción de la trama narrativa propuesta por (Quintero, 2011), basado en las interpretaciones de las narrativas de enfermería en el conflicto armado, cuyos puntos principales fueron el tiempo, la ubicación geográfica, la salud pública, el cuidado, enfermería, las víctimas conflicto armado, el tipo de violencia, el tipo de víctima, el perpetrador, las competencias formación profesional de enfermería y la Ley 1448 de 2011 "*Ley de víctimas y Restitución de tierras*".

El uso de las narrativas como herramienta metodológica fue una opción innovadora y creativa que permitió comprender los fenómenos de salud de las poblaciones y la experiencia de cuidado y de ejercicio de la salud pública de los profesionales.

Entre los resultados de la investigación, se identificó que el cuidado del profesional de enfermería a las víctimas del conflicto armado es influenciado por las representaciones propias de la violencia. Se reconoce que el profesional de enfermería tiene una importante función que desempeñar para tratar las consecuencias de las situaciones de urgencia y las necesidades de salud pública de las personas afectadas por el conflicto.

Para los profesionales de enfermería y para la salud pública, este estudio es una base para fortalecer el conocimiento de las disciplinas y el planteamiento de nuevas

políticas de formación en salud pública, enfocadas hacia el paradigma vida y salud, orientadas a la participación y empoderamiento de las poblaciones en su proceso de salud, asegurando las mejores condiciones de vida, equidad y bienestar.

# 1. Problema de investigación y justificación

El conflicto armado puede ser entendido como la existencia de hostilidades entre fuerzas armadas organizadas que tiene como consecuencia de los enfrentamientos y la violación de los derechos humanos, generando víctimas, entre ellas, a la población civil (Nasi & Rettberg, 2005).

En Colombia ha existido uno de los conflictos armados internos más violentos y largos del mundo en su historia reciente (Calderón, 2016) y se han presentado 8.418.287 personas víctimas del conflicto armado, vulneradas por amenazas, desplazamientos, desaparición forzada, homicidios, secuestros, torturas y combates (RUV, 2018). Las secuelas más visibles en las víctimas implican una inestabilidad en su estado físico, psicológico y emocional, lo que se ve representado en el deterioro de la calidad y bienestar de vida de las personas afectadas (Rodríguez, De La Torre & Miranda, 2002).

Entre las consecuencias del conflicto armado y según el informe del Registro Único de Víctimas-RUV del total de víctimas a corte de diciembre de 2018, el 76.3% ha sufrido abandono o despojo forzado de tierras, el 12,1% amenazas, el 9% confinamiento, el 1% ha sufrido acto terrorista/Atentados/Combates/Hostigamientos (Anexo C) y el 1% de niños, niñas y adolescentes-NNA, fueron vinculados a los grupos al margen de la ley (Anexo D) (RNI, 2018). Según la Organización Panamericana de la Salud-OPS (2009) el conflicto armado es un problema de salud pública, teniendo en cuenta la alta mortalidad y morbilidad evitable en condiciones normales, que afecta especialmente a mujeres, niñas, niños y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad social. La morbilidad producto del conflicto armado tiene como consecuencia una alta inversión médica, desviando recursos de otras necesidades de salud, por las afectaciones sufridas por las víctimas, sus familias y la sociedad (Rodríguez, De La Torre & Miranda, 2002), no solo vista desde los problemas directos que trae la violencia para la población como muertes o discapacidades, sino por todos los eventos indirectos que ocasiona.

El conflicto armado impacta negativamente en la cotidianidad de la comunidad, en el derecho a disfrutar y hacer uso de los bienes públicos, a la propiedad privada, genera desplazamiento forzado y compromete el futuro de las personas que lo padecen, especialmente de los NNA, impactando la economía del país y el desarrollo de la

sociedad. De la misma forma, no solo afecta a los actores principales de los enfrentamientos, sino también a la sociedad civil que habita en las zonas de conflicto y a los profesionales de salud que se encuentran en estos escenarios (Campo-Arias & Herazo, 2014).

Según el informe mundial de la Organización Panamericana de la Salud- OPS y la Organización Mundial de la Salud-OMS (2018), la distribución del talento humano en salud, está concentrada en las zonas urbanas y en consecuencia, una parte importante de la población, principalmente la que reside en zonas remotas, carece de acceso a los servicios de salud y el acceso de los profesionales calificados. Este fenómeno de migración obedece a la dificultad para retener a estos profesionales en esas áreas, debido a la poca garantía de condiciones laborales seguras.

En Colombia el profesional de enfermería, según datos de la Unidad de Registro Profesional de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia –ANEC (2016), en el período comprendido entre 1997 y septiembre de 2015 se habían registrado 44.422 profesionales de enfermería, de los cuales el 74% corresponde a los egresados en el país; una muestra representativa de la situación de los profesionales de enfermería, donde la condición de género sigue siendo predominante femenina con un 93%; de estos 19.924 (44.8%) ejercido su profesión en regiones de conflicto armado.

El profesional de enfermería es considerado como uno de los actores más relevantes en las regiones del conflicto por su contribución al cuidado de la salud de las víctimas, sus familias y la comunidad en los diferentes escenarios. No obstante, la presencia del profesional en zonas de violencia como parte de su ejercicio profesional, lo ha expuesto a constantes peligros como consecuencia de las acciones de los actores en conflicto, consiguiendo ser afectados por pérdida de la integridad física, mental y social e inclusive, verse involucrados en situaciones de secuestro, hostilidades o la muerte.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012-2021), de acuerdo al enfoque diferencial y su dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables, propone el fortalecimiento institucional y preparación específica del talento humano para garantizar la atención en salud con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado. Sin embargo, no se ha podido implementar en su plenitud, debido a que

generar respuestas integradoras e integrales hacia un enfoque diferencial incluyendo a las víctimas del conflicto armado y a los profesionales de enfermería que ejercen su profesión en estas regiones de conflicto, se convierte en todo un desafío para las políticas públicas, por su condición de vulnerabilidad en zonas dispersas y de difícil acceso. Lo anterior, exige que se articulen las políticas públicas en salud y se planteen estrategias concretas para dar plena garantía a los derechos de los profesionales de enfermería, para que puedan realizar su ejercicio profesional sin presiones y así desarrollar su máximo potencial

En la formación académica de enfermería y en el desarrollo de las competencias profesionales específicamente de salud pública, en regiones de vulnerabilidad como las de conflicto armado, la profesión ha asumido no solo funciones exclusivamente asistenciales, sino las que contribuyen a desarrollar el fomento de la salud pública a través de acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida y de salud como parte de la dignidad humana. Según los lineamientos de la formación profesional de enfermería de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería - ACOFAEN (2014), los programas de educación superior de enfermería en el país, reconocen la importancia de la salud pública, la atención y el cuidado de enfermería, a través del desarrollo de la promoción de la salud como estrategia y como acción, considerándola como la condición política para cambiar la formación del profesional de enfermería y contribuyendo a mejorar las condiciones de salud de la población en el país.

Sin embargo, para el profesional de enfermería existe un reto de correspondencia entre lo que se sabe y el ejercicio de la salud pública, en relación con las actividades de promoción y prevención, especialmente en poblaciones vulneradas y afectadas por condiciones de desigualdad e inequidad social, dado que la profesión requiere un saber- hacer, basado en el conocimiento y la práctica (ACOFAN, 2016).

Es importante hacer énfasis en las limitadas investigaciones y trabajos académicos de narrativas que expongan las experiencias del profesional de enfermería en el cuidado a las víctimas del conflicto armado y el ejercicio de las competencias propias de salud pública en su profesión. Así como también, las reducidas investigaciones que existen sobre escenarios de vulneración de derechos profesionales y el poco respaldo de protección laboral a los profesionales de enfermería por la labor que se realiza en beneficio de la salud de las víctimas, elementos hasta ahora

descuidados en el ejercicio profesional de enfermería. Respecto a las investigaciones narrativas documentadas, dan cuenta en su mayoría desde las voces de las víctimas civiles. Aunque la ONS (2017) identifica la importancia de los datos estadísticos provistos por los censos, los registros oficiales y la estimación de mortalidad, con la finalidad de orientar los servicios de prestación de salud en zonas de conflicto a raíz de su contexto diferenciador, en el marco del conflicto armado, se perciben inconvenientes acerca de la confiabilidad y generación de los datos obtenidos, porque en muchas ocasiones son fuentes secundarias quienes proporcionan los datos. Adicionalmente, se presentan circunstancias que restringen la consecución, recolección y la autenticidad de la información, inconsistencias en la metodología y estructuración de instrumentos, insuficiente evaluación de los impactos, falta de claridad en las definiciones de las acciones de salud pública y falta de valoración de barreras de acceso a las zonas de conflicto.

Las narrativas del profesional de enfermería, permitieron comprender las experiencias de su ejercicio profesional con el cuidado de las víctimas, dando sentido a su profesión, a su trabajo y descubriendo significados; al mismo tiempo que generó conocimientos y aproximación a nuevos postulados epistemológicos en la profesión. Por lo anterior, el uso de las narrativas como fuente primaria dio cuenta de los fenómenos del conflicto armado y promovió la reconstrucción de los relatos de la población, víctima del flagelo de la violencia derivada del conflicto. Este estudio que involucra las narrativas sobre la experiencia de cuidado y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública en enfermería se justifica, en la medida en que estos profesionales tienen la función del cuidado de las víctimas del conflicto armado (Consejo Internacional de Enfermería-CIE, 2012), y permitirá identificar la relación de cuidado entre el profesional de enfermería-víctima, la reciprocidad de la relación y el ejercicio profesional de las competencias propias de salud pública en el contexto del conflicto armado. Por lo tanto, esta investigación fue orientada por la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las narrativas del profesional de enfermería sobre su experiencia de cuidado a las víctimas del conflicto armado y su ejercicio profesional de las competencias propias de salud pública en Colombia?

## **1.1 Objetivo General**

Comprender las narrativas del profesional de enfermería sobre su experiencia de cuidado a las víctimas del conflicto armado y su ejercicio profesional de las competencias propias de salud pública

## **1.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar las situaciones del cuidado del profesional de enfermería hacia las víctimas del conflicto armado según la temporalidad, la espacialidad, los hechos, el tipo de violencia, el tipo de víctima y el perpetrador
- Identificar el significado del cuidado para el profesional de enfermería que atiende a víctimas del conflicto armado
- Visibilizar la experiencia del profesional de enfermería respecto al cuidado de las víctimas y las competencias de salud pública adquiridas durante su formación
- Comparar los hallazgos del cuidado del profesional de enfermería con el direccionamiento y las funciones establecidas por la Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y restitución de tierras"
- Analizar las variaciones del cuidado del profesional de enfermería y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública en el conflicto armado

## **1.3 Antecedentes**

Durante el desarrollo de esta investigación, se indagó por estudios narrativos entorno al cuidado a las víctimas del conflicto armado y el ejercicio profesional de las competencias propias de salud pública en enfermería. Para realizar la búsqueda de trabajos relacionados, se utilizaron estrategias que incluyeron la revisión de libros, resultados de investigaciones, revistas indexadas, artículos de investigación online y repositorio institucional. Se estableció como términos de búsqueda el cuidado del profesional de enfermería, competencias profesionales de enfermería y salud pública, conflicto armado/ Colombia, enfermería y narrativas, y enfermería y víctimas conflicto armado.

Los resultados de las investigaciones realizadas en esta temática, concluyen que el ejercicio profesional de enfermería en una situación de conflicto armado, está

inmerso en un panorama de conflicto, violencia, desplazamiento forzado y violación los derechos humanos, por lo que el cuidado involucra la atención diferencial a la aplicada en regiones en paz, debido a que se le presta atención a personas afectadas directamente por el conflicto, por ejemplo, el caso de los soldados amputados por minas antipersonales (Díaz, 2009).

En la investigación de Firouzkouhi, Zargham-Boroujeni, Kako y Abdollahimohammad (2017), se documentó el rol del profesional de enfermería en la etapa de triage, en el conflicto entre Irán e Iraq entre 1980 y 1988. El acercamiento se realizó a partir de narrativas y entrevistas a profundidad y las categorías se agruparon en así: el desarrollo del triage, los retos del entorno para realizar el procedimiento, el desarrollo de equipos de triage móviles y los retos del profesional de enfermería para realizar triage en víctimas de la guerra química. El documento concluye que el procedimiento de triage es clave en situaciones críticas como desastres y guerras, siendo así que el profesional de enfermería debe fortalecer sus habilidades para manejar los procedimientos en contextos inesperados. Adicionalmente, se realiza una separación entre la preparación de profesionales de enfermería civil y militar, concluyendo que los primeros se encuentran menos preparados para dar respuesta rápida en condiciones inadecuadas e impredecibles, dado que el ejercicio profesional de enfermería en el contexto del conflicto, lleva al profesional no solo a realizar el procedimiento requerido, sino a lidiar con los propios efectos psicológicos frente a la situación.

Consecutivamente, la investigación de Alhajjar (2014), presenta la relación entre los desórdenes de estrés postraumático (TEPT) y las enfermeras en los hospitales de Gaza. El estudio contempló la medición del desorden, un año posterior al inicio del conflicto entre la Gaza e Israel, tomando como muestras 1130 profesionales de enfermería. La investigación encontró que el 69.4% de los encuestados presentaban altos niveles de TEPT. El estudio se suma a investigaciones relacionadas, como el conflicto de Vietnam y el conflicto entre Líbano e Israel, sobre la persistencia del TEPT incluso después de acabado el conflicto, concluyendo que el alto índice de TEPT identificado en los profesionales de enfermería, se relaciona principalmente por la interacción que se tiene con el paciente, debido a la falta preparación para situaciones de conflicto y la escasa capacitación en el fortalecimiento de la resiliencia.

En cuanto a narrativas a nivel internacional, se encuentran trabajos que exploran la situación de cuidado del profesional de enfermería en el contexto del conflicto armado, como el de Daneen Wardrop que recolecta hechos de la Guerra Civil entre 1863-1870 de mujeres enfermeras que participaron antes y durante el conflicto. Este documento es una narración histórica de la vivencia, el rol de enfermería y de la mujer, en el conflicto (Wardrop, 2015).

Al revisar investigaciones recientes, se identifica el estudio de Walsh (2010), quien realiza un análisis de las historias de profesionales de enfermería que trabajaron antes, durante y después de la Guerra Civil de Liberia, entre 1989 y 2003. El método de recolección de información fue la entrevista a cuatro profesionales, con la finalidad de conocer sus historias de vida y relacionarlas con el cambio social de Liberia. Entre los principales hallazgos, la autora presenta la capacidad de los profesionales de enfermería para atender las necesidades de las personas víctimas, en medio del conflicto y la voluntad para sobrevivir ante situaciones exigentes.

Además, se encuentra el trabajo de Winnega (2017), quien, a partir de tres historias de vida de profesionales de enfermería durante el conflicto de Vietnam, identifica la marginación del rol de enfermería en el conflicto, a la vez que expone estrategias para restablecer la autoridad de la experiencia en situación del conflicto. Estas narrativas indican que la experiencia del conflicto, lleva a los profesionales de enfermería a implementar estrategias de atención frente a los diversos retos que plantea un escenario, para el cual no se están usualmente preparados.

Respecto a estudios latinoamericanos, se identifica escasa literatura académica en torno a la documentación del papel de enfermería en el conflicto o de las narrativas de las vivencias del conflicto armado. En la investigación realizada por Squires & Beltrán (2013), se indaga la vivencia del profesional de enfermería durante la migración hacia Norteamérica en busca de mejores oportunidades, especialmente desde Centro América, evidenciando una pérdida de capital laboral en este campo e incrementando la escasez de profesionales en esta área. Se identifica que los términos y las exigencias legales para ejercer la profesión en los países a donde llegan los profesionales, genera una movilidad laboral a otros campos del cuidado como la asistencia social (Squires & Beltran, 2013).

A nivel nacional, la investigación de Hernández (2012), presenta las memorias resignificadas del conflicto armado de inmigrantes colombianos en Buenos Aires y se identifica el significado del conflicto armado desde la dimensión regional, la experiencia colectiva y el surgimiento de una conciencia de cambio. Por su parte, Herrera y Pertuz (2015), a partir de narrativas de mujeres, identifican el contexto del conflicto armado y la violencia política en Colombia. Si bien, este constituye un acercamiento desde el campo de la salud, es un primer documento dirigido hacia la reivindicación de la memoria de los protagonistas del conflicto armado en Colombia. El trabajo más cercano a la documentación de narrativas desde la perspectiva de los profesionales de la salud, se encuentra el publicado por Urrego-Mendoza (2015), en la cual se identifican casos en relación con la misión médica desde narrativas que permitieron identificar las decisiones y las acciones de médicos en situaciones dilemáticas.

En la revisión de la literatura se encontraron como temas centrales de los estudios de enfermería en el conflicto armado, las narrativas de los conflictos, enfermería en contextos de violencia, el cuidado de enfermería de la población en condición de desplazamiento forzado, las enfermeras ante los conflictos internacionales y enfermería en tiempos de conflicto. En cuanto a las narrativas de enfermería, se encontró que giran en torno a la visión y los patrones de conocimiento en el área, a la práctica clínica en enfermería y a la experiencia de personas con enfermedades terminales. En su mayoría, las narrativas se construyeron desde el punto de vista de los pacientes y dan cuenta del cuidado dado por el profesional de enfermería.

Según las publicaciones realizadas, se identificó una limitada producción científica sobre las narrativas del profesional de enfermería respecto a su experiencia de cuidado de las víctimas del conflicto armado, por lo que en esta investigación, las narrativas se consideran como un elemento innovador y creativo en la práctica del ejercicio profesional de enfermería, debido a que permiten establecer la capacidad de acción del enfermero para comunicar procesos y sus opciones resolutivas en los contextos del ejercicio profesional en conflicto (Briñez, 2014).

Adicionalmente, en los estudios encontrados no son evidentes las perspectivas epistemológicas desde la cual se realizaron las investigaciones y se puede asumir por la forma como dan valor a la experiencia de la realidad, que están definidas desde un enfoque empirista, desde carácter cualitativo. Es así como, las narrativas de enfermería

documentadas desde los pacientes, se analizan a través de los patrones de conocimiento, empírico, estético, de conocimiento personal y el ético de Barbara Carper (1978), a través metaparadigmas de enfermería como persona, entorno, cuidado, enfermería y la salud, así como también, desde las visiones filosóficas de enfermería, desde la perspectiva de pensamiento o visión de realidad.

Desde el enfoque hermenéutico de la narrativa, como comprensión de los fenómenos humanos y como la posibilidad de una aproximación a lo social, para reconocer la especificidad de los fenómenos propiamente humanos en relación con el profesional de enfermería, se encontraron estudios de tipo teórico, reflexivos y revisiones documentales que no tienen en cuenta la investigación de las narrativas desde el enfoque hermenéutico.

La motivación para realización de este estudio partió de la ausencia de narrativas de profesionales de enfermería con enfoques hermenéuticos-interpretativos desde escenarios como el conflicto armado que permitan aportar a la construcción de memoria histórica en el conflicto y el ejercicio de los profesionales de la salud.

## **2.1 Marco conceptual general: Ejercicio profesional de enfermería en salud pública en el conflicto armado**

A continuación se presentan los lineamientos conceptuales que soportan el desarrollo de esta investigación. En primer lugar, se realiza una contextualización del conflicto armado interno en el mundo, en América Latina y en Colombia, y se definen las categorías de abordaje en relación con las víctimas del conflicto armado. Así mismo, se caracteriza la situación de posconflicto en Colombia, la vigencia de grupos armados al margen de la ley y la influencia en el ejercicio de la salud pública en el ámbito de

enfermería. En segundo lugar, se aborda el desarrollo conceptual del cuidado en enfermería como profesión, la situación e importancia en la formación. En un tercer momento, se describe la forma en que se han abordado las narrativas en enfermería, las metodologías utilizadas y las propuestas de desarrollo en la profesión. En último lugar, se presentan los lineamientos de la formación del profesional de enfermería en Colombia en relación con el ejercicio de la salud pública, el conflicto armado y los consensos de la Asociación Colombiana de Facultades de enfermería –ACOFAEN-.

### **2.1.1 Conflicto Armado en el mundo y su impacto en la población civil**

El Conflicto armado es concebido como la situación en la que dos o más grupos sociales con intereses contrapuestos, emprenden acciones contrarias con el propósito de mantener el poder y el dominio sobre los otros, ocasionado violencia y daños sobre las poblaciones más vulnerables y en evidente desventaja social. Estos conflictos se dan de manera interna por la lucha de intereses particulares entre cada nación. Como lo refiere Robayo (2006), el conflicto armado es una realidad permanente de la vida que obstaculiza o perturba las normales relaciones entre las personas y que es percibido, por quienes participan en la acción social desde ámbitos opuestos, como un obstáculo para la realización de sus propósitos. En este sentido, cada quien se aferra dogmáticamente a sus intereses, perspectivas y puntos de vista, absolutizando o negando los del opositor. El resultado es, evidentemente, la incomprensión, la intolerancia y la violencia

A su vez, la guerra es considerada como es una lucha de poder y enfrentamiento mucho más organizada que el conflicto y se da entre las naciones y/o estados con el único objetivo de controlar recursos territoriales, humanos, económicos, políticos y naturales. Supone un enfrentamiento de poderes y no es un acto ético, ni justo, ni legal.

El conflicto armado en el mundo se ha desarrollado en términos generales por los intereses de poder gubernamental y territorial. Estas disputas han ocasionado la muerte de millones de personas, impidiendo el desarrollo económico y social en los continentes y ocasionando la pérdida de capital social, menor participación de la fuerza laboral e impactos negativos en salud, entre otros.

En un mundo con conflictos bélicos originados por diferentes razones, generalmente los grupos armados insurgentes, se enfrentan al gobierno y piden el reconocimiento de sus particularidades étnicas y culturales, así como la reestructuración territorial. De forma general, un ejemplo de esta problemática social, es el conflicto Palestino-Israelí que se desarrolla desde que la ONU dividió el territorio de Palestina bajo mandato británico en dos Estados; Un año después se proclamó el Estado de Israel, que no ha respetado los asentamientos originales y se ha ido quedando con el territorio asignado a los palestinos ocasionando miles de muertos (Collier, 2009). Por otra parte, en la India se han presentado diversos conflictos que reivindican la erradicación del sistema de propiedad de la tierra y la democracia parlamentaria, conflictos activos de lucha por acceder al poder y transformar el sistema político. Entre tanto, el conflicto del Sáhara ocasiona que la población Saharui se divida en dos, los que se quedan resistiendo la ocupación y los refugiados que se instalan en los campamentos de Tinduf, Argelia. Esta población en los territorios ocupados sufre desde hace más de 30 años la represión de las autoridades marroquíes, con más de 500 presos y desaparecidos; adicionalmente desde 2005 suceden periódicamente levantamientos que son reprimidos duramente por Marruecos (Kaldor, 2001).

Según refiere Kaldor (2001), tras el conflicto de Sri Lanka, la población Tamil se ha visto marginada tras la descolonización de la isla en 1948. En 1983, un grupo armado independentista (el LTTE) inicia el conflicto armado para reclamar la creación de un estado Tamil independiente, mientras el 25% de la población sobrevive por debajo del umbral de la pobreza.

Otro caso se evidencia en Afganistán, donde después de 30 años de guerra civil entre los Talibanes y los señores de la guerra, el país se convierte en uno de los objetivos de EE.UU. y sus aliados contra el terrorismo islámico y Al-Qaeda tras los atentados del 11 Septiembre en New York, por lo que es invadido en 2001 generando a la fecha más de 2.000.000 de muertos y los niños son reclutados en el ejército y en los grupos opositores.

En el Congo, Benz, Wolfgang y Graml, Herman (2002) refieren que la explotación de los recursos naturales ha perpetuado el conflicto en la República, pese a que hay un gobierno electo desde 2006. La cifra de muertos supera los 4 millones, la esperanza de vida al nacer no supera los 46 años y se calcula que en el país hay un total de 7.000

niños-soldados. En el conflicto de Sudán, en el año 2006, el gobierno firmó un acuerdo con un grupo insurgente, pero los restantes se han fragmentado y la violencia se ha recrudecido, por lo que miles de niños-soldados son forzados a alistarse en el ejército y en las milicias de oposición, incluso reclutando niños que vivían en campos de refugiados.

Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas-ACNUR (2018) el conflicto de Yemen, se ha convertido en el escenario de una de las peores crisis humanitarias del mundo, la extensión del conflicto por todo el país, el colapso de la economía, la inseguridad alimentaria y el derrumbamiento de los servicios públicos básicos, han generado que 22 millones de personas necesiten ayuda humanitaria para sobrevivir. A su vez, la violencia desatada entre grupos armados y las fuerzas gubernamentales en Irak en los últimos años, ha generado 3 millones de desplazados internos a lo largo del país y 8,1 millones de personas necesitan ayuda humanitaria.

En Somalia a la violencia armada se le deben sumar los estragos del cambio climático. 1,5 millones de personas se han convertido en desplazados internos desde noviembre de 2016 a causa de la sequía, las inundaciones y el propio conflicto. Esto ha provocado que la población desplazada internamente se duplique, alcanzando los 2,6 millones en febrero de 2018.

Finalmente, por el conflicto de Ucrania, más de 1,5 millones de personas han sido desplazadas de sus hogares, 228.000 de las cuales son niños. Según datos de la ONU (2018), se calcula que 10.300 personas habían muerto a causa del conflicto armado en Ucrania hasta el 15 de mayo de 2018.

### **2.1.2 Conflicto Armado en América Latina y su impacto en la población civil**

El conflicto armado interno en los países que conforman América latina, ha provocado tensiones políticas, sociales, económicas y la conformación de grupos revolucionarios. El conflicto armado externo, ha reconocido los problemas entre naciones por criterios de límites y espacios de los continentes.

Esta región de América latina ha sido estremecida por conflictos armados internos, principalmente en Colombia, México y Brasil. Desde el año de 1950, algunos

países continúan en conflicto, mientras otros se encuentran en un proceso de paz y reconciliación. Sin embargo, todos tienen una constante de luchas por el poder político, originada en la débil estructura legal e institucional, los graves niveles de marginación y las brechas de orden político, social, económico, cultural y de género (CLADEM, 2007).

En el salvador, la guerra civil estalló en toda su intensidad en 1981 y duró doce años. Fue un período marcado por la violencia y las crueldades, donde cerca de 80.000 personas, principalmente civiles, perdieron la vida. Las tropas gubernamentales recibieron apoyo militar masivo de Estados Unidos, mientras que la guerrilla FMLN (Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional) logró su apoyo de Nicaragua y Cuba. El fin de la guerra fría y la imagen de que no se vislumbraba un arreglo militar, dio a las partes incentivos para buscar soluciones pacíficas. Las negociaciones comenzaron en 1984 entre el entonces gobierno demócratacristiano y el FMLN. El acuerdo de paz logrado está formulado como una agenda de reformas basada en la conciliación nacional y la democratización y modernización del país.

Del mismo modo, según Baranyi (2006) la guerra civil en Guatemala duró 36 años y ocasionó más de 150000 muertos, 50000 desaparecidos y más de un millón de refugiados. La mayoría de los abusos fueron dirigidos hacia la población indígena, en el campo y en el informe de la Comisión de la Verdad se habla de genocidio. El ascenso de un gobierno democráticamente elegido en 1986, así como las presiones internacionales, crearon las condiciones para comenzar las negociaciones entre el gobierno y la guerrilla URNG (Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca). Las negociaciones de paz tuvieron lugar durante diez años, con variada intensidad.

El conflicto armado de la década del 80 en Nicaragua fue de una amplia magnitud y exigió un largo proceso para su finalización. Se calcula que la contraguerrilla alcanzó un máximo de 20000 hombres, lo que significa más de lo que ningún otro grupo guerrillero en América Central y Colombia haya logrado movilizar (Baranyi, 2006).

En México, se vive un conflicto originado el narcotráfico, donde los operativos del estado mexicano lideran los arrestos de líderes importantes de los cárteles particularmente de los de Tijuana y del Golfo, generando una militarización del territorio que han provocado una respuesta violenta por parte de las organizaciones criminales (Rosen & Zepeda, 2018), afectando a la población civil.

En Colombia, pese al avance en la implementación del acuerdo de paz con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-FARC, se continúan presentado las consecuencias del conflicto. La población civil continúa en medio de las disputas entre organizaciones armadas como las bandas criminales, el Ejército de Liberación Nacional -ELN y las disidencias de las FARC (Observatorio de Memoria y Conflicto, 2018).

### **2.1.3. Conflicto armado en Colombia: caracterización de la violencia, las víctimas y los perpetradores**

En Colombia el conflicto social y político se vio reflejado en diversas manifestaciones de violencia a lo largo de cinco décadas (Laverde de Botero, López & Ochoa, 2004; MSF, 2006). En 1958, el país vivió una nueva etapa política con el Frente Nacional en el que se presentó una transición de la dictadura a la democracia, dando paso a la violencia política entre el partido liberal y conservador, originada por el estancamiento de la institucionalidad del Estado y la negligencia del gobierno, acelerando la aparición de grupos armados como el Ejército de Liberación Nacional (ELN), las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), el Ejército Popular de Liberación (EPL), el Movimiento-19 de Abril y el movimiento Quintín Lame (Laverde de Botero, 2004; Arias, 2013; Giraldo, 2015). Estos movimientos guerrilleros iniciaron con una idea revolucionaria para cambiar las estructuras económicas, políticas y sociales dentro del pensamiento ideológico leninista, maoísta y/o castrista, no obstante, su concentración se basó en robustecerse como máquinas de conflicto, generando víctimas civiles y militares producto de su accionar (Giraldo, 2015).

Los grupos guerrilleros revolucionarios decidieron usar las armas y la violencia para retar al gobierno y a la sociedad, desprestigiando el pensamiento marxista y a los movimientos sociales y políticos que deseaban nuevas opciones dentro de la estructura institucional (Giraldo, 2015). Algunos sectores sociales del país tomaron como iniciativa la creación de grupos privados de seguridad para hacerle frente a los grupos insurgentes, que se desarrollaron en la ilegalidad (Laverde de Botero, 2004). Desde el gobierno de Cesar Gaviria se comenzó a gestar la conformación de estos grupos, iniciando como una federación nacional de paramilitares que tenían como actividad principal la contrainsurgencia, en la que se justificaban para defender a la población civil de los grupos guerrilleros, reivindicando los sectores excluidos de la sociedad (Giraldo, 2015; Duncan, 2015). Con el tiempo, sus intereses giraron en torno a los aspectos

económicos y políticos, utilizando los mismos mecanismos de las guerrillas como el poder y la violencia, desvirtuando sus iniciales de creación (Giraldo, 2015). Por consiguiente, Duran (2015) refiere que ya no sería un conflicto del Estado junto a los paramilitares contra los grupos guerrilleros, sino un conflicto entre los paramilitares, el Estado y la guerrillas que originaría la autonomía y el poder de regiones periféricas del país afectando en todo sentido a la población civil y la prestación de servicios de salud.

Como consecuencia, el costo humano, social y económico que ha generado los hechos del conflicto son incalculables, por ser el resultado de asesinatos selectivos, colectivos, masacres, atentados con explosivos, amenazas, extorsiones, entre otras formas de violencia, que han afectado al país, especialmente las regiones descuidadas por el Estado, zonas que los diferentes grupos armados se pelean por su control (MSF, 2006).

Con la creación de los grupos armados al margen de la ley a mediados de los años setenta surgen organizaciones ilegales dedicadas a la producción y distribución de cocaína. El narcotráfico se benefició de la violencia para ampliar sus negocios, recurriendo a la extorsión, el secuestro y el terror criminal en alianza con los grupos guerrilleros y paramilitares, que se comenzaron a involucrar en el negocio como una de sus principales fuentes de financiamiento. Adicionalmente, lograron permeare las estructuras institucionales del país por medio de la corrupción y la violencia, dando sobornos a funcionarios públicos (Giraldo, 2015).

La definición sobre el Conflicto Armado Interno en Colombia que se abordará en esta investigación corresponde a la de Echeverry, Salazar & Navas (2001, citado en Martínez, 2001) quienes la describen como:

*“El enfrentamiento entre grupos organizados, que resulta en un número considerable de muertos. Esta estructura implica la movilización de grupos de acuerdo con una motivación específica que puede ser explícita o implícita, la cual se traduce en actividades delictivas con un propósito definido. La violencia no es considerada como un objetivo en sí mismo, sino como un instrumento para alcanzar un determinado fin político e ideológico. Par lo general el conflicto está relacionado con la búsqueda a la preservación del poder”* (pp.166).

Por su parte, la definición sobre violencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) quién indica lo siguiente:

*“La violencia es el uso intencional de la fuerza física o el poder, real o por amenaza, contra la persona misma, contra otra persona, o contra un grupo o comunidad que puede resultar en o tiene alta probabilidad de resultar en muerte, lesión, daño psicológico, problemas de desarrollo o depravación”* (Krug, 2002 citado en Carrión y Espín, 2009, p.35).

Según lo refiere Martínez (2001), el conflicto armado interno que sostiene el país ha sido tan largo e intenso por la fuerte relación entre las guerrillas, el paramilitarismo y el narcotráfico generando violencias rurales y urbanas. Es así como, debido al contexto diferencial del país, se ha generado una cultura criminal, transformando los valores sociales y menoscabando la moral. Giraldo (2015), indica que *la violencia colombiana debe denotarse como una guerra, ya que cumple con las cuatro características para su definición: larga, compleja, discontinúa y política*. La primera, en razón a que se inicia desde mediados de la década de los setentas; la segunda, porque dentro de sus actores está las fuerzas armadas del Estado y los diferentes grupos armados al margen de la ley; la tercera, porque dentro del período de 1965 y 1980 se refirió a una declaración de guerra, presentándose sin interrupciones; y la cuarta, por el carácter bélico de la insurgencia.

### **Sobre las Víctimas**

La Ley de Víctimas y Restitución de Tierras (Ley 1448 de 2011), considera “*víctima*” a las personas o comunidades que han visto afectados sus derechos humanos durante el proceso de violencia, producto del conflicto armado interno comprendido desde el primero de enero de 1985, por *“homicidio, desaparición forzada, desplazamiento, violaciones sexuales y otros delitos contra la integridad sexual, secuestro, despojo de tierras, minas antipersona y otros métodos de guerra ilícitos, ataques contra la población civil”* (Ley 1448, 2011, p.5). Las familias (esposo(a), compañero(a), permanente, hijos(as), padres) de las personas asesinadas o desaparecidas se incluyen como víctimas. Además de las personas que en el momento de ayudar a la víctima o de prever su victimización fueron objeto de violencia (Ley 1448, 2011). Adicionalmente, tiene en cuenta como víctimas a aquellos niños, niñas o

adolescentes que fueron miembros de los grupos armados al margen de la ley, siempre y cuando se hayan desvinculado antes de la mayoría de edad y a las familias de los integrantes de los grupos armados al margen de la ley (Ley 1448, 2011).

Según el Centro Nacional de Memoria Histórica (2018), la violencia producto del conflicto armado interno del país ha sido una de las más sanguinarias e inhumanas de la historia en América Latina y sus consecuencias son difíciles de cuantificar. No obstante, en las investigaciones adelantadas por el Grupo de Memoria Histórica -GMH, entre el primero de enero de 1958 y julio del 2018, la violencia causó aproximadamente la muerte de 262.197 personas, un equivalente de la desaparición de casi la misma población que habita el área urbana de Sincelejo, Sucre, de este total, el 82.2% fueron civiles y el 17.8% a combatientes.

A parte de los homicidios, la violencia ha dejado otras consecuencias en la población: 98740 desplazados, 15647 amenazados, 207 víctimas de lesiones personales físicas y psicológicas y 276 delitos contra la libertad y la integridad sexual (RUV, 2018).

Respecto a las víctimas del conflicto armado colombiano, MSF (2006; 2013) agrega que sus acciones en situaciones de conflicto, producto de la violencia campesina y rural, son limitadas y traen consecuencias traumáticas para la población en su condición física, mental y de salud. Por lo anterior, las opciones que pueden asumir las personas y comunidades son:

- Quedarse en sus casas y seguir viviendo la opresión y el terror del conflicto, ante el miedo de ser asesinados. De la misma forma, son objeto de estigmatización y percibidos como parte de los grupos armados guerrilleros, viéndose también en peligro e incluso perseguidos, por la confusión ante las Fuerzas Públicas de Colombia.
- Huir de las áreas rurales y establecerse en las ciudades en barrios marginales, en donde viven en condiciones extremadamente difíciles, de alta criminalidad, en el que luchan por adaptarse y sobrevivir. Las condiciones de salud son precarias e inadecuadas y además los desplazados aún lidian con las secuelas de la violencia y los duelos, en el que no cuentan con tratamientos psicológicos y de cuidados adecuados.

- Regresar a “casa”, por las condiciones que viven en las ciudades para tratar de reconstruir sus vidas, no obstante, esta situación para muchas personas es una experiencia traumática, de ansiedad e inestabilidad.

El Estado colombiano por medio de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras cuenta con medidas de reparación para las víctimas del conflicto armado interno tales como, “*restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica*” (Ley 1448, 2011, p.6). Adicionalmente, tienen derecho a la verdad y a que se les devuelvan sus tierras producto del abandono o despojo y a que se les mejoren sus condiciones socioeconómicas (Ley 1448, 2011). Sin embargo, un primer paso para que sean reconocidos sus derechos, es ser reconocidos como víctimas.

### **Sobre los Perpetradores**

Los perpetradores son personas que llevan a cabo delitos o faltas graves. En el caso del conflicto armado colombiano, los actores armados se encuentran las guerrillas, los grupos paramilitares, la fuerza pública (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013) y los narcotraficantes (Giraldo, 2015). Entre estos actores se presentan multi-enfrentamientos por el territorio y el poder en el que han tenido como estrategia de conflicto armado el ataque a la población civil (Giraldo, 2015). Cada grupo armado ha presentado diversas modalidades de violencia en su actuar y cada cuál las ha implementado según se fuera dando o necesitando (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013). Por esta razón, Duncan (2015) indica que fue la exclusión y la criminalidad que profundizó el conflicto armado del país, y el motivo por el cual el secuestro y el narcotráfico fueron prácticas criminales y masivas que incidieron en el conflicto.

Las guerrillas se caracterizaron por usar la violencia contra los bienes y la libertad de la personas, causando destrucción, valiéndose de los secuestros principalmente, de otros actos como asesinatos selectivos, amenazas, desplazamiento forzado, atentados terroristas, ataques a bienes de la sociedad civil, reclutamiento ilícito, saqueos y siembra masiva de minas antipersonas. Por su parte, los paramilitares se caracterizaron por usar la violencia contra la integridad física, cometiendo mayores asesinatos que la guerrilla, arremetiendo con una crueldad excesiva por medio de

asesinatos selectivos, torturas, masacres, amenazas, desapariciones forzadas, violencia sexual y bloqueos económicos. La Fuerza Pública (Fuerzas Militares y Policía Nacional) usó en forma desmedida el poder que se le confiere, a través de asesinatos selectivos, detenciones arbitrarias, bombardeos, desapariciones forzadas y torturas (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013). Por su parte los narcotraficantes, se aliaron con la fuerza pública, las autoridades civiles, los paramilitares y los guerrilleros, aportando una logística armamentista, que permitiría que se dieran las operaciones criminales (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013).

#### **2.1.4 Posconflicto con las FARC y conflicto con el ELN: influencia en el ejercicio profesional de enfermería en salud pública**

La concertación con las guerrillas de la FARC dio cese a las acciones de más de 50 años de conflicto político en el país, dando paso a una etapa de postconflicto, a través de los términos para el cese al fuego y la dejación de armas por parte del grupo armado (Calderón, 2016). Sin embargo, hay que indicar que con el segundo grupo armado con mayor influencia en el país, el ELN, no se ha logrado una concertación para el cese a los actos violentos, lo que pone en riesgo el sistema de paz de la nación. Por lo tanto, a pesar de que se ha disminuido la violencia, existe un alto riesgo público, tanto para la población civil, como para las fuerzas armadas y el personal de salud.

En cuanto al primer esquema de posconflicto con las FARC, se ha desencadenado un proceso de desarme, desmovilización y reintegración (DDR), con las debidas medidas de intervención jurídica y administrativa para la reincorporación a la vida civil de los excombatientes (Melamed-Visbal, 2014). Esto en primer lugar, hace alusión al establecimiento de planes de salud integrales en territorios afectados por el conflicto, incluyendo no solo esquemas de salud física sino también de la salud mental y la atención psicosocial, además se presentan retos para la disminución del consumo de drogas e inclusión en el sistema de salud de los excombatientes, como lo plantea el Ministerio de Salud Nacional (MinSalud, 2016). En segundo lugar, el posconflicto debe impulsar una nueva línea de investigación en 'salud para la paz' como lo menciona Urrego-Mendoza (2015), indicando que actualmente en Colombia no se ha abordado desde las publicaciones académicas en el área de la salud, la generación de conocimiento en función de la 'no violencia', dado que principalmente es abordado

desde los campos de las ciencias sociales y humanas, por lo que hace falta visibilizar en mayor medida este nuevo contexto para el campo de la salud.

Lo anterior, permite identificar que en el escenario inicial de posconflicto, el sistema de salud es un actor clave para la superación del conflicto armado, en razón a que la salud es un articulador de la reincorporación de los excombatientes a la vida civil bajo plenos derechos y además permite el reconocimiento de los derechos de las víctimas del conflicto en territorios que por años estuvieron apartados de la intervención humanitaria del Estado. Por tanto, el primer paso en esta reconstrucción social es la atención inmediata del sector hacia las *“atención física y psico-emocional a las víctimas directas e indirectas del conflicto armado interno y de las distintas formas de violencia”* (Franco, 2015, p.8).

La persistencia del conflicto con el ELN pone en riesgo la situación de no violencia en el país, ya que implica no solamente que el conflicto armado persiste en el territorio nacional, si no que aún no se concreta una voluntad política desde ambas partes para dar fin a la época de conflicto en el país (Melamed-Visbal, 2014). Los Departamentos vulnerables, como el Chocó y el Guaviare, territorios históricamente ocupados por las FARC, ahora son ocupados por grupos como el ELN, bandas de violencia criminal y las BACRIM como el Clan del Úsuga, centrándose en las actividades ilegales como la plantación de matas de coca, sus procesamiento, distribución y la minería ilegal, afectando por medio de estas actividades a la población civil y su salud (Ortiz-Riomalo & Rettberg, 2018).

Por lo anterior, es necesario plantear políticas públicas de salud en escenarios de violencia, debido a que mientras no se finalice la negociación para que se dé un proceso satisfactorio de posconflicto a nivel nacional, se requieren acciones de justicia social de transformación y reconciliación nacional desde los diferentes sectores, incluida la salud pública.

### **2.1.5 El conflicto armado como problemática de salud pública en Colombia**

La violencia vista como un problema de salud, se incorporó sólo hasta la década de los 90's en el discurso de la Organización Panamericana de la Salud-OPS y de la

Organización Mundial para la Salud-OMS (Arias, 2013). La violencia producto del conflicto armado en Colombia es considerada un problema de salud pública (Rivas, 2000; Arias, 2013) debido a que sus consecuencias son comparables en cierta medida a los de una epidemia, por las siguientes razones: los altos índices de morbilidad y mortalidad que afecta principalmente a niños, niñas, jóvenes y mujeres que se encuentran en mayor grado de vulnerabilidad social; el quebranto de la calidad de vida; los costos elevados que genera tanto a la sociedad como al sector de la salud, impactando la desviación de recursos de otras necesidades de salud. Adicionalmente, el conflicto armado genera situaciones de riesgo a los servicios de salud, a los recursos y a la infraestructura, afectando el desarrollo de las comunidades; perjudicando a las personas, sus familias y la comunidad en su condición física, mental, social (cotidianidad) y económica; incluso, afecta hasta a los actores armados que son partícipes del conflicto (Laverde de Botero, 2004; Arias, 2013).

Médicos Sin Fronteras (2006) considera que el problema de salud pública más prioritario que tiene el país es la violencia, por ser la principal causa de muerte en el país en el apogeo del conflicto. En la década de los noventa, la tasa de homicidios nacional frente a la tasa mundial era siete veces mayor (MSF, 2006); para el 2015, la tasa de homicidios del país fue de cinco veces mayor que la tasa mundial (Banco Mundial, 2018), aunque ha disminuido, sigue siendo alta en relación con la tasa mundial promedio. Según el informe presentado por MSF (2006), en relación con los grupos poblacionales, los hombres son los más afectados por esta situación, la tasa de homicidios fue de 221 por cada 100.000 habitantes entre las edades de 15 y 44 años. En el caso de las mujeres es la mayor causa de muerte, sobrepasando la tasa de mortalidad en relación con el embarazo y el parto, esta fue de 17 por cada 100.000 habitantes entre los 15 y 39 años. En los niños y niñas es considerada la segunda causa de muerte y oscila entre los 5 y 14 años. En términos de desplazamiento interno, la violencia ha alcanzado desde 1995 más de tres millones de personas desplazadas.

La muerte no es la única consecuencia de la violencia, encontrándose diferentes tipos de víctimas, como la familia y una comunidad afectada por la derivación de los actos del conflicto armado. Las personas que sobreviven tienen que enfrentarse a procesos de recuperación psicológica, enfrentando los efectos, como los trastornos psicossomáticos, en el que se presentan dolores físicos sin una causa fisiológica (MSF, 2006; MSF, 2013).

Las consecuencias de la violencia sobre la salud de la sociedad civil son innumerables, en razón a que incluyen dimensiones físicas y psicosociales. Algunas de las consecuencias que ha detectado MSF (2006, 2013) en las zonas de violencia y conflicto armado relacionadas con las condiciones sanitarias son: enfermedades infecciosas de la piel, tuberculosis, SIDA, malaria, leishmaniosis cutánea, parásitos, precariedad en la salud reproductiva, bajas tasas de vacunación a los infantes, escasos programas de inmunización; impacto negativo en la salud mental y en el bienestar de la población (MSF, 2006). Además, la ciudadanía se ve expuesta a “desplazamientos forzados, masacres, asesinatos selectivos, minas, secuestros, atentados con explosivos, abusos sexuales, amenazas, confinamiento, detenciones arbitrarias y desapariciones forzadas” (MSF, 2013, p.3). Se identifican consecuencias directas del conflicto armado, como los homicidios y como indirectas, la falta de prevención en zonas marginadas por los enfrentamientos y la dificultad para entrar en las regiones más apartadas.

La violencia genera un impacto directo e indirecto en la salud de la población víctima del conflicto armado, debido a que el confinamiento y el desplazamiento limita el acceso a los servicios de salud más básicos, generando que las enfermedades que se puedan prevenir o tratar a tiempo no se controlen, por el contrario se agravan con el tiempo y se propagan al resto de la población. Adicionalmente, MSF (2006, 2013) en su acompañamiento en territorio, en las zonas vulnerables por el conflicto armado, ha encontrado que no hay suficiente personal médico y de enfermería, tampoco medicinas básicas y por consiguiente educación sanitaria, en razón a las difíciles condiciones para acceder a las zonas en conflicto.

La violencia como una problemática de salud pública debe ser contemplada como una prioridad del Estado colombiano y de otras organizaciones no gubernamentales, centrándose en prevención y en las consecuencias, no sólo a la salud física sino además psicosocial que trae el conflicto armado, debido a que esta última es la que tiene menos prioridad en el país, por ser infravalorada (MSF, 2006).

## 2.2 El abordaje del cuidado en la formación y práctica del profesional de enfermería

Para el profesional de enfermería, los significados del cuidado son construcciones personales de las experiencias, por lo tanto, son productos sociales, susceptibles de cambio en la medida en que interactúan con el medio social y cultural; en este sentido, se tienen tantos significados de una situación, hecho o práctica, como sujetos intervengan en ella. Dado que el cuidado de las personas, las familias y el colectivo, es el pilar fundamental (Durán, 1994; Orrego & Ortiz, 2001; Ibarra, 2006; García, Cárdenas, Arana, Monroy, Hernández & Salvador; 2011), que ayuda a conservar la calidad de vida, a desarrollar la capacidad de autocuidado, a identificar, reducir o eliminar los riesgos de enfermar, a mejorar o recuperar la salud y a promover las condiciones para el bienestar físico, psíquico y social de las personas (Duque, 1999; Orrego & Ortiz, 2001; Kuerten, Do Prado, De Gasperi, Fabiane, Waterkemper & Bettina, 2009; García, 2011), se requiere una formación teórica, académica, práctica, científica y tecnológica en los profesionales de enfermería (Consejo Internacional de Enfermeras - CIE, 1993; Orrego & Ortiz, 2001; Ibarra, 2006, Ferreira, 2011; García, 2011).

El cuidado de enfermería, implica una relación profunda y consciente entre el cuidador y la persona sujeta de cuidado, generando un compromiso personal, social y moral del profesional con el contexto social (Duque, 1999; Ibarra, 2006). En consecuencia, el cuidado de enfermería contiene dos esferas, una objetiva y otra subjetiva. La primera hace referencia a lo científico: las técnicas y procedimientos, y la segunda a lo humanístico: la sensibilidad, la intuición y la creatividad (Souza, Sartor, Padilha & Prado, 2005)

Según lo señalado por Orrego & Ortiz (2001) el cuidado “*es el resultado de una construcción propia de cada situación*” (p.78), ya que surge de la relación entre el cuidador y la persona que demanda el cuidado, de la cultura y las creencias, y puede ser de autonomía o dependencia según las actitudes del cuidador (Orrego & Ortiz, 2001; Báez, Nava, Ramos, & Medina, 2009; Kuerten et al., 2009). Para Durán (1994) e Ibarra (2006) cuando se hace referencia al cuidado, se habla de actitudes, debido a que para cuidar a las personas se requieren conceptos específicos y únicos. En efecto, el cuidado revela una relación de interés, de dedicación, de preocuparse por el otro, por lo que el

cuidado profesional implica una respuesta intencionada de afectividad vinculada con el grado de necesidad del paciente y del uso de la tecnología (García, 2011).

De esta forma, el proceso del cuidado del otro denota una interpretación humana, un compromiso por la integridad en la preservación de la vida y bienestar de las personas (Ibarra, 2006). En este sentido la función de los profesionales de enfermería es preocuparse y priorizar el bienestar del paciente (García, 2011), ubicándose socialmente como una profesión que ayuda a transformar la existencia y a transformarse a sí misma (Duque, 1993; Orrego & Ortiz, 2001).

La naturaleza del cuidado de enfermería es la protección de la vida humana, que, de acuerdo con el contexto, es dinámica, ya que se desarrolla entre la vida y la muerte, y de igual forma, se manifiesta entre la salud y la enfermedad. El acto de cuidado se basa en interrelaciones humano – humano, por lo cual se debe cimentar en lo humanístico, social, cultural, histórico y biológico, poniendo al servicio de las personas que se cuidan conocimientos actualizados en ciencia y tecnología (CIE, 1993; Duque, 1999; Luévano, 2008). En el cuidado es esencial la relación existente entre vida - salud - enfermedad – muerte – contexto social - desarrollo humano y participación social (Duque, 1999; Ibarra, 2006).

Ferreira (2011) menciona que desde su creación como profesión en el siglo XIX, enfermería está dirigida al arte de cuidar, ya que su quehacer está dirigido a personas que necesitan de atención, bienestar, confort y alivio de los sufrimientos. No obstante, indica que el cuidado también requiere ciencia, es decir, que en el campo de acción se necesitan conocimientos basados en la teoría y el método.

Es importante hacer énfasis en que la experiencia de cuidado en enfermería puede ser diferente en la teoría que en la práctica, dadas las condiciones de los sistemas de salud, las exigencias tecnológicas, administrativas y burocráticas, por lo que el cuidado holísticamente humano ha ido perdiendo fuerza (Durán 1994; Ibarra, 2006). Por ende en un estudio realizado a profesionales de enfermería en Colombia por Romero, Mesa & Galindo (2008) indican que el cuidado que se ofrece a pacientes o usuarios está centrado en mayor medida en las necesidades humanas de tipo fisiopatológico, diagnósticos de enfermería, diagnósticos clínicos, tratamiento médico y

en menor medida, a condiciones socioculturales, generando que las acciones del cuidado hegemónicas sean las del modelo biomédico.

La experiencia de cuidado de enfermería en situación de conflicto debe reconocer que existe un sufrimiento social, concebido como la forma en que el profesional de enfermería reconoce la experiencia de los afectados por el conflicto armado, así como las formas de afrontamiento y los procesos de recuperación, de una forma particular relacionando las situaciones vividas de individuos, familias y comunidades de zonas azotadas por la violencia.

El cuidado en situaciones de conflicto armado por parte del profesional de enfermería requiere de principios éticos como lo menciona O'Connor (2017), dado que generan responsabilidades entre las que se encuentra "*cuidar a ambas partes sin prejuicios, dar testimonio del sufrimiento e interponerse en la tortura y fomentar la reconciliación*". Por lo tanto, se requieren lineamientos que instruyan la práctica del cuidado de víctimas en situaciones de conflicto armado, además de medios de preparación en habilidades y conocimientos para el profesional de enfermería sobre el cuidado y autocuidado en dichas situaciones.

Partiendo de estas premisas, es necesario reconocer que existen diversas teorías de enfermería, que permiten describir, explicar y predecir el significado del cuidado en el ejercicio de la profesión. Sin embargo, para responder a la pregunta de investigación, el modelo de relaciones entre seres humanos, propuesto por Joyce Travelbee, permite revelar la importancia de las experiencias de la relación de cuidado entre enfermería-víctima, donde ambos actores son considerados como seres únicos, insertos en un contexto de conflicto, originando una particularidad a esta relación intersubjetiva y a sus significados, permitiendo establecer los nexos para comprender a la persona en su dimensión real. Adicionalmente, le permite a través de esta relación, dar un significado a su labor de cuidado ante las experiencias que vive con los receptores de cuidado. Esta teoría a pesar de que no es muy aplicada en la actualidad por su poca difusión y desarrollo dado la muerte prematura de la autora, ha aportado al estudio relación de cuidado entre enfermería-persona desde una perspectiva de las teorías de las relaciones interpersonales en la profesión, especialmente en el campo de la salud mental.

Para realizar esta investigación, la relación de cuidado no se presenta únicamente entre enfermería-victima, sino entre enfermería y el escenario del conflicto armado. El “*paciente*” que requiere del cuidado del profesional de enfermería en esta investigación, es entendido como víctima del conflicto armado y la enfermedad es concebida como las consecuencias de salud, físicas, emocionales y espirituales, producto de la violencia generada por el mismo.

Las situaciones del profesional de enfermería y la relación de enfermería-victima constituye el modo de lograr el objetivo de enfermería, donde la relación de cuidado se establece cuando enfermería y la víctima, alcanzan una fase máxima de relación después de haber pasado, primero, por la fase de encuentro original, caracterizada por las primeras impresiones que recibe enfermería de la víctima, y viceversa. Ambos se perciben mutuamente según sus roles estereotipados que progresa a través de fases de identidades emergentes, donde enfermería y la victima empiezan a verse mutuamente como individuos únicos (Alligood MR, 2015). A partir de ella se establece un vínculo que dará lugar a la relación de cuidado y a sentimientos progresivos de empatía, donde se comparte la experiencia de la otra persona. Este resultado, es la capacidad de predecir la conducta de la persona con la que se mantiene esta forma de relación.

La simpatía se produce cuando el profesional de enfermería desea aliviar la causa del sufrimiento de la víctima, se adquiere una implicación personal que permite tomar decisiones eficaces, lo que conlleva a utilizar la propia personalidad de forma consciente, para tratar de establecer relaciones y estructurar la intervención del profesional de enfermería y la compasión, hasta que el profesional y la víctima consiguen la compenetración, determinada por acciones del profesional que mitigan el sufrimiento del enfermo, es decir que el profesional de enfermería y la víctima se relacionan como seres humanos (Marriner y Alligood, 2007). De esta forma el modelo plantea que es necesario, ayudar a la persona a encontrar un significado y al sufrimiento, ya que estos significados permiten al individuo hacer frente a los problemas creados a partir de estas experiencias.

Travelbee, en su modelo definió conceptos como enfermería, salud, ser humano, sufrimiento, comunicación, dolor y esperanza, conceptos que se expresan como metaparadigmas de su teoría y que le permitieron identificar los fenómenos particulares de interés.

Según Marriner y Alligood (2007), este modelo teórico, define “*enfermería*” como una ayuda a la persona para encontrar un sentido en el sufrimiento para tener *esperanza*, dando el valor suficiente para seguir adelante a pesar de las adversidades, con el fin de lograr los objetivos terapéuticos propuestos. El *sufrimiento* en este caso, se define como algo relativo, donde cada persona lo percibe de formas diferentes, desde una leve molestia hasta una tortura extrema. A su vez, menciona que la *salud* puede ser objetiva o subjetiva; la objetiva tiene que ver con la ausencia de enfermedad, mientras que la subjetiva es un estado de bienestar, basado en un autoexamen del estado físico, emocional y espiritual.

Para Travelbee, la *comunicación* es el proceso por el cual, enfermería es capaz de establecer una relación y el *dolor* no es observable en sí mismo, ya que solo se advierten sus efectos. Por su parte, el *ser humano* debe ser tratado como una persona y no como un objeto de atención e implica que el desarrollo de las relaciones interpersonales con la persona dará pie a la empatía, a un trato digno y una ayuda real, independientemente del resultado final.

El carácter humano de la teoría de Travelbee, invita a que el profesional de enfermería llegue más allá de la atención de las personas, ofreciendo un significado del otro y de sí misma, permitiendo una relación de cuidado y esperanza, al encontrar un sentido a las experiencias vitales del ser humano.

A continuación se definen las siguientes concepciones que permitirán comprender el significado del cuidado para el profesional de enfermería que atiende a víctimas del conflicto armado en esta investigación.

### **2.2.1 Experiencias de cuidado**

El diccionario de la Real Academia Española, define la experiencia, como el conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas. Para el profesional de enfermería, las experiencias de cuidado, están orientadas a los relatos de la interacción de cuidado entre enfermería y la víctima, y a describir las circunstancias que la rodean, la necesidad humana que la desencadena y quienes son los participantes como seres humanos (Gomez Ramirez & Gutierrez de Reales, 2011).

Para esta investigación, la experiencia de cuidado a las víctimas del conflicto armado y el ejercicio de las competencias propias de salud pública están considerados el aprendizaje y la reflexión que surgen de lo vivido en las zonas de conflicto armado.

## **2.2.2 La importancia de la situación de cuidado para el profesional de enfermería**

La situación de cuidado del profesional de enfermería, se refiere a todos los escenarios de cuidado donde actúa el profesional. Estas situaciones se transforman en narrativas cuando se describe a manera de relato, lo que la persona interpreta del cuidado y del proceso de salud y enfermedad; También cuando el profesional de enfermería detalla la vivencia del cuidado a la víctima y lo significativo que fue para los participantes (Gómez & Gutiérrez, 2011).

Por consiguiente, cuando se habla de una situación de cuidado del profesional de enfermería, se hace alusión a las interrelaciones que tiene el profesional con sujetos de cuidado, donde se comparte una experiencia de vida y a partir de ello, cada uno crece mutuamente. Por ende, se fortalecen entre enfermería y la víctima, los procesos de vida y la condición humana (Gómez & Gutiérrez, 2011).

De igual forma, una situación de cuidado del profesional de enfermería parte del contexto donde se desempeña el ejercicio profesional y en el que desarrollan cuidados. Allí, se identifican los significados críticos de cada situación, esto quiere decir, las necesidades más sensibles de las personas. Es en estas situaciones en las que se evalúan las interrelaciones de los significados, permitiéndole entender la conducta de los sujetos de cuidado. En cada situación de cuidado del profesional de enfermería interactúan los atributos tanto de la persona, como de la enfermera, para dar de sí, lo mejor (Vásquez, González, Ramos & Vargas, 2006).

Por todo lo anterior, la narrativa de una situación de cuidado del profesional de enfermería, es el resultado de procesos de relación entre enfermería-víctima, que valoran la dimensión del cuidado desde un punto de vista holístico. En las narrativas, las experiencias del profesional de enfermería propician un espacio de interpretación del contexto en el que se encuentra la persona que está al cuidado (Briñez, 2014).

## **2.3. Sobre los aportes del abordaje de las narrativas en enfermería desde el enfoque Hermenéutico Interpretativo**

La narrativa puede definirse como un relato, una historia, que reconoce a las personas y le da sentido a la vida. Dando a la persona la posibilidad de conectar su pasado, su presente y su futuro, de tal manera que se genere una historia coherente consigo misma y con el contexto (Ministerio de Educación Nacional, 2012).

Para Ricoeur (2006) la narrativa es una actividad propia de un sujeto comunicativo, es el acto de contar, cobra su importancia por ser una mediación que el hombre tiene a su alcance para expresar experiencias del tiempo como experiencias cargadas de sentidos. El ser humano se expresa conservando un lenguaje y un tiempo, donde la única manera de acceder al tiempo es a través del lenguaje y a su vez, el lenguaje guarda el tiempo. El ser se interpreta y se asume, de forma tal, que la narrativa no representa solamente una codificación, dado que no se desliga del sentido ni de la interpretación para configurar la existencia.

La narrativa relaciona las acciones y experiencias hechas por los personajes, de tal modo que no se pueda anticipar con anterioridad lo que puede venir, sino que por el contrario sienta la necesidad de caminar junto con el relato en una constante atención mantenida. Por esto, la narrativa encuentra que el hombre puede tener experiencias del tiempo que dan sentido a la experiencia de vida. Se reconoce al tiempo que ya está desplegado entre la vida y la muerte. En la historicidad se carga el acento sobre el "haber-sido". Pero este nivel echa raíces en los rasgos fundamentales de la temporalidad, definida como unidad plural del futuro, del pasado y del presente.

Las narrativas desde la propuesta de hermenéutica de Ricoeur, representan voces de unos y otros, lo que implica que no es un relato construido de forma aislada, sino que es el reflejo de intersubjetividad del otro.

Frente a la hermenéutica ha insistido en la mediación de la interpretación, ya que ésta no es simplemente la explicación de los textos, sino la comprensión de la existencia. Se trata de recobrar, mediante interpretación, el mundo mismo. Para Ricoeur, la hermenéutica va más allá de la fenomenología, al tiempo de que ésta última se fundamenta en una actitud hermenéutica, por lo que se puede hablar de fenomenología hermenéutica (Melero Martínez, 1993).

La hermenéutica se puede definir como “la teoría de las operaciones de la comprensión en su relación con la interpretación de los textos” (Ricoeur, 1975) y lo que se debe comprender no es primeramente la intención del autor, ni la del lector, sino lo que Ricoeur denomina el mundo del texto: “La cosa del texto, he aquí el objeto de la hermenéutica. La cosa del texto es el mundo que él despliega delante de sí. Y este mundo toma distancia frente a la realidad cotidiana hacia la que apunta el discurso ordinario”.

Para este filósofo hay un hecho básico y es que un texto está dirigido a alguien: a cualquiera que pueda leerlo. Un lector concreto se apropia el significado del texto. El rol que se concede al sujeto bajo los términos de aplicación, apropiación, actualización, lectura, etc., mantiene la presuposición básica de la objetividad del significado (Arévalo, 2005).

Ahora bien, aceptar la subjetividad en la comprensión de los textos implica en la práctica cambiar de objeto. El objetivo final de la hermenéutica, como el de las ciencias humanas, no es la comprensión del texto sino la comprensión de sí delante del texto (Ricoeur, 1982).

Según lo refiere Solano (2006) el profesional de enfermería necesita abocarse hacia esta epistemología para poder conceder un sentido interpretativo a los fenómenos del mundo del cuidado de la vida, con el fin de determinar la importancia de los cuidados en las situaciones de vida-salud, traspasar los modelos biomédicos, favoreciendo a través de la descripción y la interpretación de los fenómenos un análisis crítico reflexivo sobre el mismo.

## **2.4 La formación profesional de enfermería para el cuidado de las personas y la salud pública en el contexto del conflicto armado**

La definición de competencia en educación es variada y se asume desde diferentes perspectivas, una de ellas implica el resultado de un proceso de integración de habilidades y de conocimientos para el saber, el saber-hacer, el saber-ser y el saber-emprende (Chávez, 1998). Para el caso de esta investigación, se asumen las competencias específicas de la profesión, según los lineamientos de la formación profesional de enfermería en Colombia, que se encuentran regulados por un lado con la Ley 266 de 1996 y retomados por los lineamientos para la formación profesional de enfermería, planteados por ACOFAEN en el año 2014, que incorporan los lineamientos para la formación profesional de enfermería en salud pública como el componente de promoción de la salud.

### **2.4.1 Sobre el ejercicio profesional de enfermería en Colombia**

Para esta investigación, se define el ejercicio profesional como toda actividad que sea realizada en forma pública o privada que requiera un título otorgado por instituciones de educación superior públicas o privadas reconocidas por el estado (CNA, 2018).

De igual manera, la ley 911 (2004) plantea el ejercicio profesional en términos de los principios, valores y responsabilidades del profesional de enfermería. En este sentido, Lopera (2014) realiza una reflexión respecto a los cambios que la ley ha causado en el ejercicio profesional, en relación con la inclusión de procesos de autorregulación y autonomía, el incremento de la calidad de cuidado, el desarrollo institucional de tribunales éticos y la construcción de un contexto que garantice un debido proceso en la investigación disciplinaria.

El ejercicio profesional en enfermería se ejerce tanto en las instituciones que prestan el servicio de salud (directa o indirectamente), como en los lugares donde se encuentran las personas, las familias y la comunidad que requieren cuidado dentro de

los criterios y normas de calidad, de atención y de educación que establezca la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia – ANEC- y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería - ACOFAEN, en concordancia con lo definido por el Consejo Técnico Nacional de Enfermería y lo establecido por los organismos gubernamentales (Ley 266, 1996).

### **2.4.2 Lineamientos para la formación profesional de enfermería en Colombia**

Enfermería es considerada una profesión por ser liberal y desarrollar su campo de acción en diferentes ámbitos de interacción con los sujetos de cuidado, mediante el liderazgo y participación en procesos educativos, de investigación, de asesoría y de cuidado en los espacios en los cuales, directa o indirectamente presta sus servicios (CIE, 2013). Es una profesión de carácter social, ya que tiene como fin, cuidar integralmente la salud y el bienestar de las personas, las familias y la comunidad, teniendo en cuenta su entorno físico y social. Se plantea como objetivo general *“promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento de rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona”* (Ley 266, 1996). Además, la práctica profesional de enfermería fundamenta en los principios de ética y moral, específicamente de integralidad, individualidad, diálogo, calidad y continuidad.

Los lineamientos y competencias de la profesión en enfermería en Colombia, se encuentran regulados por la Ley 266 (1996), la cual reglamenta la profesión de enfermería en Colombia, indicando los principios de la profesión, su naturaleza y el ámbito del ejercicio profesional y la Ley 911 (2004) se estableció la responsabilidad deontológica en el ejercicio de la profesión de enfermería en el país, incluyendo el régimen disciplinario aplicable.

La ley 266 (1996) en su artículo 17, señala las competencias del profesional de enfermería en Colombia: Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes y proyectos de atención en salud y enfermería; establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud; Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería; Dirigir los servicios de salud y de enfermería; Dirigir instituciones y

programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales; y ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas.

Asimismo, ACOFAEN (2014) plantea lineamientos para la formación profesional de enfermería, orientados para que los estudiantes de enfermería logren al finalizar su carrera, la capacidad de gestionar y proveer cuidados, investigación y educación, así como ejercer su rol con liderazgo y responsabilidad social, en beneficio de la equidad y solidaridad, en el contexto de la calidad de vida y entorno seguro. Así podrá desempeñarse en cualquier campo ocupacional de salud pública e integrando equipos interdisciplinarios.

Estos lineamientos, incorporan el enfoque de los patrones de conocimiento de Carper (1978), presentados anteriormente en este texto, reconociendo que el arte de enfermería, radica en la forma como se interpreten estos patrones en las situaciones de cuidado. Así mismo se indica que es necesario que los programas curriculares de enfermería del país, relacionen la teoría y la práctica de la profesión bajo modelos conceptuales estructurados en la teoría de enfermería ocupándose del estudio del fenómeno de interés de la disciplina.

### **2.4.3 Lineamientos para la formación profesional de enfermería en salud pública: ejercicio profesional de enfermería en salud pública desde el componente de promoción de la salud en Colombia.**

La educación en salud pública en enfermería se ha desarrollado a partir de modelos tradicionales, evidenciándose una brecha entre la parte teórica y la práctica, dado que desde el modelo tradicionalista existe un mayor énfasis en la filosofía y en los términos teóricos esenciales, aspectos importantes para el desarrollo de la profesión. No obstante, no se consideran aspectos como los trabajos de campo o las prácticas, ni se le da prelación a los aprendizajes comportamentales y sociales, integrados a la

clínica, la cual involucra en mayor medida a los estudiantes con la sociedad en la solución de problemas reales (Arias, 2015).

Las oportunidades académicas y sociales de los programas de enfermería son respaldadas por las capacidades de las universidades para satisfacer y dar respuesta a las demandas de las comunidades. Este reconocimiento se fundamenta en la forma en que ejecutan esos conocimientos y capacidades básicas, con la finalidad de generar y mejorar las realizaciones de las prácticas de los servicios y formalizar los propósitos a nivel social y humanitario protegiendo el bienestar y la salud de los ciudadanos y de sus familias (Arias, 2015).

Según Arias, Núñez, Almeida & Tonini (2015) es importante utilizar enfoques de reflexión crítica, que fomente en los futuros profesionales de enfermería una actitud reflexiva, para que trabajen en los propósitos de la experiencia de aprendizaje y conocimiento, adquiriendo destrezas culturales para articular enseñanzas globales y la conciencia del contexto social.

Arias (2015) señala que el mayor desafío que tiene la formación de enfermería con respecto al enfoque de salud pública, es fomentar aprendizajes en su entorno en relación con el liderazgo y la implementación de políticas públicas. También, el desarrollo de capacidades generales y administrativas y su formación en aspectos éticos y valores fundamentales, el entendimiento, la investigación y la innovación en tecnologías, así como instaurar la salud pública en la formación tanto de pregrado y posgrado.

En este contexto, el profesional de enfermería es fundamental para promover y proteger la salud de las personas en las diferentes sociedades mitigando las amenazas asociadas a las transformaciones epidemiológicas relacionadas con las necesidades de la salud. Los profesionales de enfermería deben tener la capacidad de asumir y afrontar los diferentes determinantes de la salud en las poblaciones según el contexto, articulando y orientando hacia la práctica los referentes académicos y de investigación, orientados hacia la práctica (Rivera, Ramos, Moreno & García, 2011).

Rivera et al (2011) proponen la implementación de aspectos teóricos y metodológicos en la formación y estructura del programa de enfermería, con el objetivo de fortalecer perspectivas reflexivas y críticas, con el fin de abordar los retos de salud, el

conocimiento de las personas en relación con el cuidado y las acciones que deben tomar frente a la población en general. Los profesionales de enfermería deben participar en la definición de las acciones y funciones primordiales de la salud pública y en la implementación de las acciones de salud pública en la comunidad, dado que la práctica de enfermería hace parte de la integridad y desarrollo del proceso de formación. Los profesionales que realizan funciones esenciales en salud pública, deben articularse en grupos interdisciplinarios en beneficio de las acciones conjuntas alrededor de la salud pública (Gebbie & Garfield, 2002).

En esta investigación se acogen los lineamientos de la formación profesional de enfermería en salud pública que se abordan desde el componente de promoción de la salud y fueron propuestos por ACOFAEN en el año 2014. Adicionalmente, esta propuesta considera que la salud pública permite que la profesión fortalezca y desarrolle el componente de promoción de la salud en el individuo y la comunidad, asumiendo el contexto colombiano de las problemáticas sociales e incluyendo el desplazamiento forzado, la pobreza, el narcotráfico y la violencia. Para lograrlo, se requiere que el profesional de enfermería tenga una perspectiva de equidad, justicia social, participación social y ciudadana, educación en salud y desarrollo sostenible, para lograr profesionales competentes que den un cuidado que se adapte a las necesidades de un país en proceso de posconflicto.

Estos lineamientos establecen como competencia específica de salud pública, el componente de promoción de la salud, y desde allí, las del ser, saber y hacer, con énfasis hacia el desarrollo del Ser, debido a que enfermería en todos los ámbitos de su ejercicio profesional, debe estar en la capacidad de reconocer y empoderar a los sujetos de cuidado como participantes de las decisiones relacionadas con la salud y en todo lo referente al desarrollo humano. Desde allí, mediante las competencias interpretativas, se busca que los profesionales de enfermería, tengan claridad sobre los conceptos que estipula la salud pública en el componente de promoción de la salud, calidad de vida, salud como derecho, estilo, modo y condiciones de vida, autonomía, empoderamiento, transectorialidad, intersectorialidad, interdisciplinariedad, multidisciplinariedad, transdisciplinariedad, desarrollo humano y política pública. Por otra parte, las competencias propositivas, están dirigidas a que el profesional asuma una postura constructiva con el fin de resolver una situación determinada, permitiéndole comprender

y transformar las realidades a las que se enfrenta en su ejercicio profesional, con el fin de incidir en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de las personas.

El comité de promoción de la salud de ACOFAEN, sugiere que se desarrolle en los programas de enfermería, el enfoque de género desde el Plan Decenal de Salud - Pública 2012-2021, con el propósito formar líderes y lideresas en salud, enfatizando en el empoderamiento de la mujer hacia la toma de decisiones en salud efectivas y la participación equitativa entre hombres y mujeres en las actividades relacionadas con el cuidado.

#### **2.4.4 Sobre el ejercicio profesional de enfermería en tiempos de conflicto armado**

El campo de enfermería inició su proceso de formalización con Florence Nightingale, la "*dama de la lámpara*" como fue conocida, por caminar en oscuros pasillos de los hospitales, dando su cuidado a todos aquellos hombres heridos en batallas. Ella fue la pionera y reformista del área, ya que se enfocó en el reconocimiento de enfermería como profesión, contribuyendo a la construcción de la ciencia, la higiene y de vincular mujeres que se consideraban morales y sobresalientes en sus comunidades (Grupo cuidado, 2010, p.18). Florence Nightingale se esforzó por visibilizar que la labor de enfermería era diferente a la del médico, en tanto la medicina tenía un sentido de curación y enfermería de cuidado a los individuos, indicando que se enfoca en el conocimiento de las personas y su entorno (Grupo cuidado, 2010).

Como consecuencia del conflicto armado, el profesional de enfermería se hizo indispensable-, dado que era requerido para realizar el triage a los pacientes, dirigir cuerpos de voluntarios, gestionar los pabellones de pacientes e incluso controlar el riesgo de las heridas y dispersión de infecciones, sin un direccionamiento médico (Hawes, 2016). El conflicto permitió no solo generar capacidades de atención en enfermería, sino desarrollar un cuerpo de conocimiento técnico para gestionar pacientes con traumas severos, inclusive bajo condiciones de escasez de recursos y de hacinamiento. En este contexto la profesión de enfermería demostró que "podían salvar vidas y marcar la diferencia en el cuidado del paciente cerca del campo de batalla" (Hawes, 2016).

Entre los profesionales de enfermería reconocidos por su contribución al desarrollo de la profesión durante la guerra Civil de Estados Unidos de América, se encuentra Dorothea Dix (1802-1887) por su labor en el reclutamiento y supervisión de enfermeras durante el conflicto armado; Kate Cummings (1836-1909) por sus escritos sobre los hospitales de la Confederación y enfermería; Jane Woolsey (1830-1900) por la descripción de la práctica médica, el trabajo con enfermeras y el cuidado de soldados enfermos; Clara Barton (1821-1912) fundadora primera presidenta de la Cruz Roja Americana; Walt Whitman (1819-1892) por sus narrativas y poesía sobre el trabajo de enfermería con soldados heridos y agonizantes; Harriet Tubman (1820-1913) por el uso de remedios naturales y caseros en el cuidado de los soldados enfermos; Mary Livermore (1820-1905) enfermera voluntaria que dirigió la logística de provisión de comida y alimentos a los hospitales militares; Louisa May Alcott (1832-1888) brindó reconocimiento público en el trabajo de las enfermeras en los ambientes de conflicto armado en los hospitales militares y Mary Ann Bickerdyke (1817-1901) reconocida por su trabajo en la fundación, limpieza y sanitación de los hospitales militares (Egenes, 2009).

La violencia política tiene efectos sobre la sociedad, como la morbilidad y la mortalidad, no obstante, Pellegrini y Summerfield (1999 y 2000 citados en Arias, 2013) indican que genera alteración en la construcción de comunidad, en la convivencia, la cooperación, la fraternidad, los sistemas de creencias, de valores y de identidad y la devastación de la infraestructura, no sólo material, sino social y cultural. Además, Arias (2013) menciona que más allá de las heridas físicas causadas a los cuerpos, la violencia traspasa visible o invisiblemente, el contexto social y cultural de las personas y las comunidades, afectando sus relaciones interpersonales y emocionales, y en los “procesos de afrontamiento y recuperación del dolor, del sufrimiento y de las pérdidas” (p.4). Por su parte, Kirmayer, Lemelson y Barad (2007 citados en Arias, 2013) señalan que las alteraciones corporales y emocionales influyen en la falta de confianza y correlación, afectando las relaciones sociales, las cuales son el motor para generar seguridad en las personas.

Por consiguiente, la contribución que hacen los profesionales de enfermería, en el contexto del conflicto armado colombiano y la violencia política es esencial en el

cuidado tanto de la salud física, psíquica y emocional de las personas, familias y comunidad en general. Los profesionales de enfermería representan un apoyo importante en la restitución de la dignidad de las personas que han sido víctimas de la violencia (Arias, 2010). El Consejo Internacional de Enfermería – CIE (2012) se ha interesado en el deterioro de la salud que genera este tipo de violencia entre la población, especialmente, aquellos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, como los son los niños, niñas, adulto mayor y mujeres. Además, indica que enfermería tiene una función importante, en la medida que puede mitigar las consecuencias de las necesidades de salud a largo plazo de las víctimas.

Arias (2013) agrega que en un contexto de conflicto armado y violencia política, se debe incorporar la forma en que el profesional de enfermería reconoce la experiencia de los afectados por el conflicto armado, así como las formas de afrontamiento y procesos de recuperación, de una forma distinguida y relacionada a las situaciones vividas de los individuos, familias y comunidades de estas zonas azotadas por la violencia. Lo anterior, en el marco de la singularidad del individuo y/o comunidad, reconociendo en sus experiencias significados tanto individuales como colectivos de aflicción, afrontamiento y recuperación. Por tanto, los profesionales de enfermería deben estar en la capacidad de interiorizar todas las experiencias y preocupaciones producto del conflicto armado y hacerlas parte de sus cuidados, en el que emerge todo un contexto cultural, social e histórico de las personas, familias y comunidades afectadas (Arias, 2013).

Así como lo indicaban Duque (1999) e Ibarra (2006), es fundamental en el cuidado, la relación existente entre vida – muerte – salud - enfermedad – contexto social – participación social y desarrollo humano. En un contexto de violencia, es prioritaria la vida que se arriesga, por lo que el profesional de enfermería como parte de su quehacer como cuidador, debe procurar el resguardo y la preservación de esa vida y de su dignidad, en la medida que se interrelaciona con esa persona, familia y/o comunidad. En razón, a que cuando se comparten las experiencias, se puede percibir el significado de las historias que vivió, según el contexto resultado de la violencia, y por ende, puede descubrir, contribuir, potencializar y empoderar elementos que contribuyan a su bienestar (Meleis, 2012; Arias, 2013).

Por otro lado, Meleis (2012) refiere que desde el campo de enfermería, se deben llevar a cabo estrategias para propiciar un entorno sanador y de bienestar a pacientes que han vivido experiencias de violencia y/o conflicto armado, en cuanto a sus procesos de transición y recuperación. Estos deben estar enfocados en la preocupación auténtica del cuidador, por la experiencia vivida con sus singularidades y por la dignidad de la persona sujeta de cuidado desde un patrón de conocimiento ético, la identificación de la persona a quién se cuida como un constructor cultural y social de su entorno, y la cultura, como un elemento clave en el proceso del cuidado (Meleis, 2012; Arias, 2013).

En este marco, uno de los grandes retos que tienen los profesionales de enfermería en los procesos de cuidado como elemento principal de su disciplina, en el contexto de conflicto armado y violencia política es el apoyo a la recuperación de procesos de la vida práctica que afectan aspectos familiares, socioculturales, religiosos y económicos; la promoción y rehabilitación de los lazos sociales y comunitarios; la recuperación y afianzamiento de recursos culturales endógenos; la activación de grupos y redes sociales de apoyo; entre otros (Arias, 2013).

Por tanto, los profesionales de enfermería deben atender a la población que lo requiera tanto víctimas como perpetradores, requiriendo en su formación profesional énfasis en violencia generada por el conflicto armado, los actores que lo integran, las relaciones de empatía o simpatía que existen entre estos, las estrategias en la resolución pacífica de conflictos, las normas de protección para laborar en medio de estos contextos que sugiere el Derecho Internacional Humanitario – DIH, la convivencia ciudadana y los derechos y valores humanos (Laverde de Botero, 2004; Palacios, 2006).

En situaciones de conflicto armado, se ha planteado que no existen suficientes profesionales disponibles o con las competencias médicas requeridas para manejar el volumen de heridos y muertos que puede dejar los enfrentamientos armados. El documento de Fitzgerald, Myers y Clark (2016), determina que en ambientes donde se presenta población vulnerable, los profesionales de enfermería deben estar en la capacidad de ofrecer los cuidados, a través de un discurso apropiado que evite crear un ambiente de hostil, con los riesgos asociados a una atención deficiente. De esta forma, los autores presentan un conjunto de características que deben contemplar los

profesionales de enfermería, en el momento de lidiar con situaciones que involucran a población vulnerable (por ejemplo, desplazados, víctimas o victimarios en un conflicto armado), en este sentido, se debe:

*“1) no permitir que la complejidad de un problema oculte la responsabilidad principal de uno; 2) enfocarse en el problema y pensarlo detenidamente; 3) nunca intentar encontrar una solución solo; y 4) enviar problemas demasiado complejos para que una persona los resuelva al siguiente nivel” (Badaracco, 2002 citado en Fitzgerald, Myers y Clark, 2016, s/p).*

En contraste, Garfield, Dresden y Rafferty (2003) exponen que las condiciones sociopolíticas a nivel mundial deben guiar las políticas de formación sobre las necesidades y prioridades del conocimiento y la práctica en enfermería, reconociendo las situaciones de conflicto. Entre las líneas de desarrollo que proponen los autores, se encuentra el desarrollo de competencias para la atención de familias, respuesta al cuidado psicológico, restablecimiento de la normalidad en la comunidad, además de fortalecer el rol del profesional de enfermería en la generación de política e investigación humanitaria.

Es importante considerar que entre más intensa y generalizada es la violencia, más se necesita de los profesionales de enfermería para el cuidado de las víctimas. Sin embargo, el ejercicio profesional en estos entornos se convierte en una práctica insegura y peligrosa. El Comité Internacional de la Cruz Roja- CICR (2013) afirma que enfermería goza de algunos derechos especiales cuando desempeña sus funciones en el conflicto armado que hacen referencia a:

- Ser respetado y protegido, al igual que los heridos y los enfermos que estén a su cuidado;
- Pedir que las autoridades le ayuden a cumplir su labor
- Solicitar que las autoridades le den acceso a los heridos y los enfermos
- No ser castigado por cumplir sus responsabilidades conforme a los estándares aceptados de la asistencia de salud
- No ser obligado a actuar de forma contraria al derecho y/o a la ética de la asistencia de salud

- No ser obligado a dar información sobre los heridos y los enfermos más allá de lo exigido por el derecho interno o en lo relativo a la notificación de enfermedades infecciosas
- Continuar desplegando su labor profesional en la mayor medida posible, si es detenido
- No ser castigado por desobedecer una orden ilícita o contraria a la ética

## **2.5 El abordaje del ejercicio profesional de enfermería en salud pública desde un enfoque diferencial**

La salud pública en enfermería propende la integración de las prácticas de las entidades, sociedades, instituciones y diversas estructuras sociales, orientando a las carreras profesionales afines hacia las soluciones de problemas de salud, en su prevención y tratamiento. Las capacidades y habilidades fundamentales de enfermería en salud pública se direccionan a encaminar, con soluciones innovadoras, el cuidado y seguimiento de la salud de los miembros de la sociedad, el modo en que las personas llegan a buscar los servicios de salud y la consolidación de empoderamiento de la sociedad sobre el bienestar individual y colectivo (Arias, Núñez, Almeida & Tonini, 2015).

Según se menciona en el Plan Decenal de Salud Pública-PDSP (2012-2021), la salud pública, es un compromiso colectivo, que pretende crear condiciones que garanticen bienestar integral y calidad de vida en Colombia a través de la articulación de todos los actores públicos, privados y comunitarios.

Teniendo en cuenta que el país afronta un proceso de violencia generado por el conflicto armado aún sin resolver, la violación de los derechos humanos de manera sistemática a poblaciones y las dificultades para reconocer las vulnerabilidades, la discriminación, así como las situaciones de desigualdad en las poblaciones

consideradas. El PDSP estableció enfoques conceptuales, el diseño estratégico y las líneas operativas que permiten llevar a la práctica las acciones en los planes operativos territoriales y así poder alcanzar los objetivos propuestos por el plan.

El Plan Decenal de Salud Pública incorpora el *enfoque diferencial*, reconociendo de la equidad y la inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades de forma dinámica y flexible para adaptarse a las necesidades y características de la población, su autorreconocimiento, sus modos de vida y sus contextos socio culturales, económicos y políticos (MinSalud, 2016).

Por lo tanto, este enfoque permite visibilizar vulnerabilidades y vulneraciones específicas de grupos e individuos específicos, identificando los vacíos y riesgos de protección de cada grupo y desarrollar herramientas para dar soluciones, promover la participación equitativa para planear y ejecutar medidas afirmativas basadas en caracterizaciones sistemáticas garantizando el goce efectivo de los derechos de los diferentes grupos poblacionales (ACNUR,2008). Es así como la diferenciación del derecho a la salud, la igualdad, la equidad y la no discriminación, son asuntos clave para abordar en las diversas necesidades de los grupos poblacionales (OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009).

A su vez, el PDSP, desarrolla a través de ocho dimensiones prioritarias: salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades no trasmisibles, salud pública en emergencias y desastres y salud y ámbito laboral y a través de dos dimensiones transversales: gestión diferencial de poblaciones vulnerables y gestión para el fortalecimiento institucional y de los servicios de salud, un componente transectorial y sectoriales que incorpora un conjunto de acciones y estrategias.

*La dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables*, establece que el derecho a la salud, debe ser un derecho protegido en los grupos vulnerables, a través de la gestión del conocimiento y el fomento del uso de la información orientan políticas y estrategias para afectar ampliamente las desigualdades que comúnmente experimentan las poblaciones con mayor vulnerabilidad (niños, niñas,

adolescentes, víctimas del conflicto armado, grupos étnicos, personas en situación de discapacidad y adulto mayor) que acceden a la oferta sanitaria del sistema de salud.

En este escenario, el gobierno garantiza el derecho al reconocimiento de las diferencias sociales y la aplicación de medidas en beneficio de los grupos sociales en quienes esas diferencias significan situación de vulnerabilidad. Así mismo, el PDSP se establecen los objetivos sanitarios, metas y estrategias diferenciales la primera infancia, infancia y adolescencia; el envejecimiento y vejez; la salud y género, la salud en poblaciones étnicas, la discapacidad y las víctimas del conflicto. Encaminados a lograr la equidad en salud en el marco de los derechos de sujetos y colectivos.

En este contexto, la atención a víctimas del conflicto armado desde la salud pública, se establece como uno de los componentes de esta dimensión, cuyo objetivo se contempla en asegurar las acciones diferenciales en la población víctima del conflicto armado, en el sentido de garantizar el acceso, mejorar las condiciones de vida y salud, y disminuir la morbi-mortalidad y discapacidad evitables, producto de la violencia generada por el conflicto armado. De igual forma señala una serie de estrategias para contribuir con el cumplimiento de los objetivos propuestos. Sin embargo, en el marco de esta investigación, se mencionan las estrategias que tienen impacto sobre el ejercicio profesional de enfermería que son:

- Implementación y promoción de la ruta PAPSIMI (Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas).
- Fortalecimiento institucional y preparación específica del talento humano para garantizar la atención en salud con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado
- Inversión en infraestructura y tecnología sanitaria que garantice el acceso a los servicios de salud de las víctimas del conflicto armado.

El conflicto armado impacta sobre el desarrollo y ejecución de la salud pública, afectando a las víctimas haciéndose necesario tomar en acciones por parte del estado para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven en zonas de conflicto, desde un enfoque diferenciador, que involucren acciones que prestan la atención en el área de salud, que se realiza a partir de argumentos y descripciones de conflictos y violencia, tanto internacional como conflictos internos (ONS, 2017).

## **2.6 El Ejercicio profesional de enfermería en relación con la Ley 1448 de 2011 "Ley de Víctimas y Restitución de Tierras" en Colombia**

En el país, se ha propendido por la prestación de atención en salud mental de forma prioritaria en el contexto del conflicto armado, sin embargo, aún faltan garantías en las acciones concretas para su ejecución. Los avances que se han logrado están visibilizado en la en la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional que incluyó en el eje de salud, lo correspondiente a la visión psicológica y psicosomática. La creación de una Ley de Víctimas, la Ley 1448 de 2011, que cuenta con un programa de salud integral, contempla la atención psicosocial para las víctimas del conflicto armado, caracterizándose por la interdisciplinariedad con atención tanto individual, familiar como comunitaria, además, no tiene costo.

Esta ley se establece como una alternativa que estimula los diálogos sobre la atención, orientación y reparación de forma general a las víctimas, que han sido afectadas por el conflicto armado interno y social en Colombia. Además, la ley incluye el escenario de postconflicto, no obstante, la presencia de grupos ilegales en el país, más allá de las FARC, dificultan las acciones a implementar bajo un escenario de paz (Silva, 2013).

Algunos críticos de la Ley 1448, sostienen que no contempla algunos de los problemas sociales que aún persisten, como son el desplazamiento, la violencia, la pobreza, entre otros aspectos, que hacen que hacen parte del conflicto armado que aún

perdura en país (Silva, 2013). La presencia de narcotráfico, minería ilegal y bandas criminales, generan nuevas víctimas, por lo que la vigencia de la Ley 1448 y su actualización, es fundamental para comprender y establecer las implicaciones sociales, económicas y sociales que se han desarrollado en Colombia en torno al cuidado de la salud de las víctimas. La ley provee herramientas para ofrecer apoyo a los afectados y permitir el conocimiento de las perspectivas de las víctimas del conflicto armado interno y social, por lo que a partir de los relatos se puede esclarecer la verdadera situación del país (Silva, 2013).

Específicamente, la Ley de Víctimas de Restitución de Tierras en términos de rehabilitación, cuenta con un Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a víctimas –PAPSIVI- en el que le recalca el acompañamiento y el servicio a aquellos que han sido víctimas del conflicto armado, a través de la atención de consecuencias físicas y psicológicas que haya causado el conflicto (Ley 1448, 2011).

En este contexto, los profesionales de enfermería tienen un papel importante en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud de las víctimas del conflicto. En razón a que el cuidado es la base esencial de su disciplina, por lo tanto deberían tener la capacidad para acompañar el proceso de mejorar y/o recuperar la salud, aliviar los duelos y sufrimientos de las víctimas, sus familias y la comunidad promoviendo un ambiente para su bienestar físico, psíquico y social. De esta forma, se hace significativa la participación de los profesionales de enfermería en los programas de atención en la salud integral de las víctimas del conflicto armado en el país, tanto desde su formulación, como en su ejecución.

Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social, en correspondencia con lo estipulado en el decreto 4800 de 2011 (reglamenta la ley 1448/2011), diseñó el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial y Diferencial, con el fin de orientar las atenciones en salud como medida de asistencia y rehabilitación a las víctimas del conflicto y sus familias, incorporando acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación con enfoque psicosocial y diferencial. El programa incluye los siguientes aspectos como fundamentos para un apropiado cumplimiento de la ley (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2012):

- *Servicio personal, colectivo y comunitario: hace referencia a brindar una atención de calidad por parte de las personas profesionales en carreras afines a la salud o experiencia relacionada. Para el caso de víctimas de violencia sexual se debe prestar una orientación psicosocial a las mujeres víctimas de este hecho. Además, se incorporará el servicio personalizado, colectivo o familiar y acciones para la comunidad de acuerdo con guías de atención, los cuales están estructuradas y diseñadas para poder implementarlas en función del enfoque cultura que tengan las víctimas y del tipo de violencia al cual son sometidas.*
- *Duración: los servicios que se presten al igual que la atención serán sujetas a las particulares necesidades de las víctimas y lo afectados que se encuentren, teniendo en cuenta el diagnóstico que brinde el profesional de área.*
- *Gratuidad: este aspecto garantiza a las víctimas el poder tener acceso gratuito a los servicios y atención que se les brinde, referente a los Programas de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, adicional, si se requiere y el caso lo amerita, la gratuidad también contempla la formulación de medicamentos, además de la financiación de los costos de traslado.*
- *Proactividad: debe existir atención y servicio eficaz a las víctimas, propendiendo la detección y el acercamiento a estas en caso de ser necesario.*
- *Ingreso: se implementará un mecanismo para ingresar, además de identificarse como beneficiario del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, en el cual se garantizará una adecuada prestación del servicio.*
- *Servicio preferencial: tendrá una mayor importancia los servicios que no se encuentren implementados en el Programa Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas.*
- *Interdisciplinariedad: en este aspecto se brindará una atención constituida por diversos profesionales, como psicología y/o psiquiatría, además de enfermería, médicos, trabajadores sociales, promotores sociales, entre otros, contribuyendo a las necesidades y problemas de la comunidad, evidenciado un servicio integral para las víctimas.*

El programa recomienda que la atención integral a las víctimas del conflicto se realice a través de un equipo multidisciplinario de salud en el cual se incluya el profesional de enfermería que tendrá la función de dar soporte a las labores de administración y articulación del programa y sus intervenciones, así como la

administración de información para el monitoreo y seguimiento del protocolo con competencias en intervenciones psicosocial de baja y mediana intensidad.

El Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del conflicto armado (2017) define las siguientes acciones específicas en el ejercicio del profesional de enfermería:

- *Apoyar el plan de cuidado de las personas y sus familias.*
- *Tamización de problemas y trastornos mentales.*
- *Brindar educación en los derechos y deberes de la víctima, así como de las atenciones que recibirá en el marco de la aplicación del Protocolo como víctima del conflicto armado.*
- *Liderar las actividades de promoción y mantenimiento para cada persona de acuerdo a su curso de vida y ciclo vital.*
- *Valoración de enfermería de la persona víctima del conflicto armado. Esta valoración se dará desde un enfoque integral psicosocial.*
- *Identificación de factores de riesgo y de terminantes proximales de la salud para el individuo y su grupo familiar.*
- *Ofrecer pautas de vida saludable.*
- *Establecer diagnóstico o sospecha diagnóstica de enfermería, sobre condiciones físicas o mentales.*
- *Establecer plan de manejo integral de enfermería para condiciones física mentales.*
- *Realizar acciones de seguimiento orientadas a evaluar la evolución y cumplimiento del plan terapéutico y metas establecidas por el grupo básico de atención psicosocial*

Dado lo anterior, el profesional de enfermería debe apoyar el proceso de reparación, de acuerdo con las necesidades de las víctimas, sus familiares y la comunidad, desde la perspectiva de género y las especificidades culturales, religiosas y étnicas, integrando a las familias en el proceso de recuperación y rehabilitación.

## 3. Metodología

### 3.1 Tipo de Estudio

Para el desarrollo de la presente investigación se planteó un enfoque cualitativo hermenéutico, con diseño de investigación narrativo interpretativo.

El enfoque cualitativo, permite la interpretación de las situaciones de carácter social mediante la exploración, descripción y comprensión de las experiencias de los diferentes actores que se encuentran involucrados dentro de un contexto específico, valorando la interacción con miembros de la sociedad que comparten la visión de la realidad experimentada a lo largo de su vida.

La perspectiva interpretativa en esta investigación, está basada en la fenomenología hermenéutica ricoeuriana que orienta la labor interpretativa del ser con base a tres factores fundamentales: el sentido de cada una de las expresiones de la lingüística, la disminución del aspecto ilusorio y los aportes imperativos de la reflexión (Rojas, 2011). Por consiguiente, se aplicó un diseño de investigación narrativo interpretativo que, desarrollado desde la perspectiva cualitativa de la investigación, aportó información sobre las vivencias y experiencias personales atribuidas como fuentes de información (Blanco, 2011). Lo anterior, teniendo en cuenta que los propósitos de la investigación buscaron la comprensión e interpretación del cuidado de las víctimas desde la experiencia de los profesionales de enfermería.

Según Escalante (2013), desde la perspectiva ricoeuriana, el análisis de las narrativas, se centra en el individuo o los grupos que generan una construcción y dan sentido a una consecución de sucesos que se examinan a través del contexto donde suceden los hechos. Esta concepción hermenéutica, creada en oposición al movimiento positivista, permitió, según explica Bernal (2010), descartar el aspecto probabilístico

como ente regulador de la investigación científica, atenuando el impacto de la predicción, la causalidad y la racionalidad positivista, con el fin de hacer énfasis en la interpretación de las acciones y de los hechos particulares que afectan el desarrollo del cuidado en enfermería y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública.

Es así como, desde el contexto de la hermenéutica en esta investigación, se configuraron las experiencias de los profesionales del área de enfermería, por medio de elementos interpretativos del ser y de la relación existente entre cada uno de los profesionales con las víctimas del conflicto armado, incluyendo al sujeto, el tiempo y el lenguaje que contiene un carácter narrativo en torno a la experiencia profesional del entrevistado. Se logró relacionar el saber práctico más allá de la reflexión teórica simple, traduciendo los resultados en acciones concretas que, partiendo de los procesos interpretativos y de comprensión, vislumbraron el horizonte de la aplicación instrumental del ejercicio profesional de enfermería en el contexto del conflicto armado (Mora-Escalante, 2015). Partiendo de estas premisas, se asumió la hermenéutica como un enfoque donde es fundamental el proceso interpretativo del cuidado a través de la narrativa de la experiencia vivida.

En este proceso, el acto de narrar es una forma de reconocerse en el mundo, definiendo unas circunstancias, un tiempo y un sentido en el relato que reconfigura el ser narrador en el texto (Ricoeur, 2006). Es así, como se abordó la experiencia del cuidado brindado por el profesional de enfermería a las víctimas del conflicto armado, acorde con el perfil correspondiente. Estas narrativas permitieron a los profesionales, relatar su experiencia de cuidado, a través de sus sentidos y significado entorno a las víctimas del conflicto armado y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública.

## **3.2 Población**

Para realizar esta investigación, se eligieron profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado, y que, contaban o estaban en proceso de obtener el registro profesional estipulado por la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC, 2018).

Para la elección de los sujetos que participaron en el estudio, se realizó un muestreo intencional, que permitió la selección de profesionales que tuvieron a su cargo el cuidado de víctimas del conflicto armado. Para establecer el número de narrativas a recolectar se planteó la saturación de la categoría teórica de abordaje, utilizando las estrategias de muestreo por avalancha, a través de una recomendación de los profesionales, cuyo perfil cumplieran con los criterios establecidos dentro del proceso de selección, para su inclusión en el estudio.

Esta estrategia de muestreo abarcó en cuanto a la localización geográfica, territorios en donde se registraron con mayor incidencia las acciones de los grupos armados ilegales de Colombia. Se eligieron profesionales de enfermería reconocidos dentro de las zonas de riesgo, cuya experiencia en este tipo de trabajo fue llevada a cabo durante el año de servicio social obligatorio y en escenarios laborales de las regiones de conflicto armado en Colombia:

Las regiones de conflicto armado fueron clasificadas según los criterios de la Defensoría del Pueblo (2017):

- Región de la Orinoquia: Meta. Presencia de grupos armados desmovilizados de las autodefensas, al igual que miembros del Ejército Revolucionario del Pueblo ERPAC.
- Región del Amazonas: Putumayo - Caquetá. Considerada zona estratégica de las FARC-EP por su carácter de frontera con la república del Ecuador
- Región del Pacífico: Choco y Cauca. Zona de producción de coca, extracción ilegal de oro y corredor estratégico para los negocios derivados del narcotráfico, que la convierte en un territorio en constante disputa entre las FARC-EP, el ELN y bandas criminales.
- Región Andina: Sur del Tolima, Cundinamarca y Santander. Zona de carácter estratégico de las FARC-EP por su cercanía con el corredor del pacífico colombiano

Los profesionales de los que se obtuvieron las narrativas fueron catorce (seis mujeres y ocho hombres) que cumplieran los criterios de inclusión, diez de los profesionales entrevistados contaron con el registro estipulado en la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia y estaban ejerciendo su labor en estas zonas de conflicto; cuatro profesionales estaban realizando el año de servicio social obligatorio.

Según el tiempo de labor en zonas de conflicto armado, trece profesionales entrevistados tenían entre uno y tres años de labores en zonas de conflicto armado y uno, tenía seis años de labor en estas zonas. Respecto al tiempo *de graduación*, diez profesionales entrevistados tenían menos de diez años de graduados y cuatro profesionales, tenían más de veinte años de graduados. En relación con la *procedencia*, once profesionales son originarios de zonas diferentes al lugar donde ejercieron sus labores y tres profesionales de las zonas de conflicto armado donde laboraron.

### **3.3 Recolección, procesamiento y análisis de la información**

El proceso investigativo de este estudio se basó en la recolección de información por medio de las narrativas del profesional de enfermería que dio cuidado a las víctimas del conflicto armado. Para ello, se procedió a realizar una explicación clara y concisa a los participantes del proceso de entrevista acerca de la importancia de la investigación y los términos de privacidad que fueron de vital importancia para obtener una información válida y libre de sesgos por parte de los profesionales de enfermería entrevistados.

La entrevista narrativa se inició con una introducción en relación a la experiencia de cuidado de cada uno de los participantes a las víctimas del conflicto armado durante su ejercicio profesional, la cual sirvió de preámbulo para la realización de preguntas alternas sobre los escenarios del conflicto armado evidenciados durante labor profesional en esas zonas, sus consideraciones acerca de quién debe ser llamado víctima del conflicto, la relación laboral-universidad en torno a la adquisición de competencias en salud pública para enfrentar temas relacionados con las víctimas del conflicto armado y finalmente, en relación al ejercicio profesional. Abordar sobre su enseñanza en salud pública y la utilidad que ésta tuvo para afrontar los desafíos de la experiencia laboral en el cuidado a las víctimas del conflicto armado.

Para obtener las narrativas se partió del consentimiento informado de los profesionales de enfermería, y de la siguiente pregunta: ¿Cuál ha sido su experiencia de cuidado con las víctimas del conflicto armado? Además, se formularon preguntas alternas como ¿lo enseñado en la universidad tanto de cuidado como de salud pública, le fue útil para abordar a las víctimas? ¿En qué escenarios del conflicto armado ha ejercido la profesión? ¿A quién considera como una víctima del conflicto armado?

La narración fue grabada y posteriormente codificada para que en el momento de la transcripción se pudiera reconocer y valorar la voz textual del profesional de enfermería narrador, haciendo posible la reconfiguración narrativa, pero manteniendo su anonimato. Cada entrevista se tomó entre 15 y 50 minutos, durante los cuales el profesional narró su experiencia con las víctimas del conflicto armado.

La transcripción textual permitió establecer narraciones de entre 60 y 300 líneas, que fueron agrupadas en categorías de abordaje previamente seleccionadas y categorías emergentes, debido a que comparten criterios analíticos (salud pública, cuidado, escenarios del conflicto y violencia, entre otros) que favorecen la comprensión de dicha narrativa.

Dentro de estas categorías de cuidado del profesional de enfermería y la salud pública en víctimas del conflicto, se procedió a identificar casos hasta que saturaran la categoría emergente, tal como lo propone la teoría fundamentada, mediante la escogencia de datos por saturación de categoría.

Para el proceso de análisis de la información, se utilizó la estrategia de procesamiento de información de Quintero (2011) y la propuesta planteada en la tesis de narrativas de médicos colombianos en contexto de guerra presentada por Urrego (2013), por medio de las cuales se logró aplicar diferentes momentos que fueron requeridos para el proceso investigativo expuesto en este documento. Estos momentos de análisis de acuerdo con lo descrito por las autoras son la transcripción y codificación, el nivel textual de la narrativa y nivel de reconfiguración de la trama narrativa, las cuales serán contempladas en el proceso de categorización y análisis de resultados del estudio.

Para esta investigación se utilizaron tres momentos, cada uno con su propia significación, pero relacionados entre sí por la dinámica propia del enfoque narrativo hermenéutico interpretativo. Estos momentos permitieron la recolección, organización y sistematización de las narrativas, así:

Momento 1: Transcripción y codificación. Consistió en la transcripción de cada una de las entrevistas narrativas relacionadas con la pregunta y con los objetivos del estudio. A cada narrativa se le asignó un código para evitar que se conociera la identidad del entrevistado. Luego se identificaron las categorías de abordaje, mediante un análisis

línea a línea. Cada caso fue fichado con un título que permitió darle privacidad a la entrevista.

Momento 2: Nivel textual de la narrativa. Mediante las categorías se realizó un primer abordaje al significado del cuidado y la salud pública para el profesional de enfermería que atiende o atendió a víctimas del conflicto armado, teniendo en cuenta las variaciones de dicha atención en estas zonas de riesgo y su ejercicio profesional y de salud pública.

El cuidado del profesional de enfermería y la salud pública en zonas de conflicto hizo referencia a:

Hechos. Se relaciona con el contexto del cuidado del profesional de enfermería y la salud pública en el conflicto armado.

Temporalidades. Se ocupa de la relación entre el tiempo personal y el tiempo histórico o cronológico.

Espacialidades. Permite identificar los lugares convertidos en escenarios del conflicto armado en las narrativas.

Momento 3: nivel de reconfiguración de la trama narrativa. Se realizó la reconfiguración de las narrativas de los profesionales para permitir un diálogo entre ellas, en su significado de cuidado y salud pública, a través del análisis de las variaciones del cuidado y su ejercicio profesional de enfermería en salud pública en las zonas de riesgo.

La investigación presenta un enfoque cualitativo, que parte de la revisión documental, para crear un referente teórico, para posteriormente abordar un diseño narrativo con la finalidad de presentar los resultados desde la naturaleza de la interpretación hermenéutica.

El modelo de categorización propio del análisis narrativo, se basó en las interpretaciones de las narrativas de los profesionales de enfermería en el conflicto armado, cuyos puntos principales fueron el tiempo, la ubicación geográfica, la salud pública, el cuidado, enfermería, las víctimas conflicto armado, el tipo de violencia, el tipo de víctima, el perpetrador, las competencias formación profesional de enfermería y la

Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y Restitución de tierras" como se especifica en la tabla 3-1.

**Tabla 3-1. Categorización para el modelo de análisis narrativo**

<b>Categoría</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Fuentes de información</b>
Tiempo	Magnitud que permite secuenciar hechos y determinar momentos	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado
Ubicación geográfica	Lugares afectados por el conflicto armado donde enfermería presto los servicios de cuidado	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado
Salud Pública	Práctica social, cuyo objetivo es la salud de las poblaciones humanas, prolongando la vida, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad y el fomento y ejecución de políticas públicas que garanticen las condiciones óptimas para el desarrollo de un nivel de vida adecuado.	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado
Cuidado	Diversas atenciones que un profesional de enfermería debe dedicar al individuo, familia y comunidad	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado
Enfermería	Se refiere al profesional que tiene la función primordial de preocuparse y priorizar el bienestar del paciente	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado
Conflicto armado	Proceso de enfrentamiento entre dos o más partes ocasionado por un choque de intereses, valores o acciones	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado
Victimas conflicto armado	Las personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño como consecuencia de violaciones a los derechos humanos, e n el marco del conflicto armado	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado
Tipo de violencia	Se refiere a los diferentes tipos de interacción entre personas que se manifiesta en aquellas conductas o	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la

	situaciones que, de forma deliberada, provocan, amenazan o daño	atención hacia las víctimas del conflicto armado
Tipo de víctima	Personas o comunidades que se han visto afectadas durante el proceso de violencia, desaparición forzada, secuestro, ejecución extrajudicial, asesinato, desplazamiento forzoso, detención arbitraria, reclutamiento forzado, tortura, violación sexual o muerte	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado
Perpetrador	Personas que llevan a cabo delitos o faltas graves.	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado
Competencias formación profesional de enfermería	Conjunto de capacidades para realizar roles y desarrollar situaciones de trabajo a los niveles requeridos de responsabilidad, y que estas sean realizadas en forma pública o privada, libremente o en relación de dependencia y que requieren la capacitación que otorga el título proporcionado por universidades oficiales o privadas reconocidas por el Estado	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado
Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y Restitución de tierras".	Medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado

Fuente: Elaboración propia

Adicionalmente se establecieron los siguientes criterios de organización de la información narrativa de acuerdo a cada uno de los objetivos planteados en el estudio (ver tabla 3-2).

**Tabla 3-2. Criterios para la organización del análisis narrativo**

<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>	<b>Fuentes de información</b>
Situaciones del cuidado del	El conflicto armado desde varios	Profesionales de

profesional de enfermería hacia las víctimas del conflicto armado según la temporalidad, la espacialidad, los hechos, el tipo de violencia, el tipo de víctima y el perpetrador	escenarios y su influencia en la forma como el profesional de enfermería da el cuidado y la salud pública a las víctimas.	enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado
El significado del cuidado para el profesional de enfermería que atiende a víctimas del conflicto armado	Identifica cual es el significado que el profesional de enfermería asigna sobre el cuidado que da a las víctimas en cualquier escenario del conflicto armado.	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado
Experiencia del profesional de enfermería respecto al cuidado de las víctimas y las competencias de salud pública adquiridas durante su formación	Analiza lo que significa su formación profesional en su ser, saber y quehacer y la forma como se da el cuidado y se aplican las competencias profesionales en la salud pública a las víctimas del conflicto armado	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado
Cuidado del profesional de enfermería con el direccionamiento y las funciones establecidas por la Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y restitución de tierras"	El cuidado de las víctimas del conflicto llevada a cabo por el profesional de enfermería cuenta con un marco normativo definido	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado
Variaciones del cuidado del profesional de enfermería y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública en el conflicto armado	Describe las experiencias de los profesionales de enfermería en el ejercicio profesional de enfermería en salud pública	Profesionales de enfermería que en algún momento desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado

Fuente: Elaboración propia

### **3.4 Limitaciones del diseño con respecto a los objetivos establecidos dentro del proceso investigativo**

Teniendo en cuenta, las condiciones requeridas para la selección de la muestra y la aplicabilidad de los instrumentos de investigación, el proceso de recolección de la información se logró un análisis interpretativo en el que las narrativas recolectadas tuvieron directa relación con la capacidad interpretativa de la muestra seleccionada. Para el caso de esta investigación, es de relevancia argumentar que los resultados, dependieron de la capacidad que presentaban los profesionales de enfermería entrevistados de recordar los diferentes sucesos y experiencias vividas durante su proceso de cuidado con las víctimas del conflicto armado; hecho en el que es imperativo tener en cuenta los diversos criterios de validez y verosimilitud.

Partiendo del concepto de verosimilitud, el cual hace referencia, según lo expresado en el libro de Creswell (2012), a aquellos criterios que se requieren dentro de un proceso de análisis literario, en el que lo escrito trasciende hasta una perspectiva de realidad que transporta al lector hacia la universalidad del estudio, se buscó generar una conexión con el entrevistado, en la que se generó un ambiente de confianza sobre lo expresado por el profesional de enfermería seleccionado en la muestra, en razón, a que se evidenció una dimensión ética por parte de los investigadores sobre las diferentes experiencias y relatos que fueron expuestos por el entrevistado.

Fue de vital importancia, la realización de la investigación en torno a criterios de rigor, especialmente la observación persistente, el análisis de datos negativos, el chequeo de cada uno de los informantes, la triangulación y la convergencia, el proceso de recolección expresó la mayor claridad posible y expuso datos relevantes para el desarrollo del proceso investigativo.

### **3.5 Aspectos éticos**

La investigación se presentó a consideración por parte del Comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, quien dio viabilidad al estudio a través del ACTA N° 021-235-15 del 10 de diciembre de 2015.

Adicionalmente se dio cumplimiento a la normatividad especificada en la Resolución 8430 de 1993 de la República de Colombia, expuesta por el Ministerio de

Salud, en la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y en su artículo 4, exponiendo que esta investigación comprendió el desarrollo de acciones que tuvieron una contribución al conocimiento del vínculo entre la práctica médica y la estructura social, como el para estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o emplean para la prestación de servicios de salud (Ministerio de Salud, 1993).

Como se menciona en el artículo 5 de la resolución, en este estudio prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar de los participantes, como la seguridad de los beneficiarios a quienes se les expresó claramente los riesgos (mínimos) establecidos en el Artículo 6; aspecto que, de acuerdo a la clasificación establecida en el Artículo 11, consideró el estudio como una investigación sin riesgo, al tratarse de un trabajo en el que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participarán en el estudio (Ministerio de Salud, 1993).

En concordancia con lo mencionado anteriormente, se manejó un consentimiento informado por escrito por parte de los participantes antes de iniciar la entrevista narrativa, teniendo en cuenta los aspectos definidos en los Artículos 14 y 15 de la Resolución 8430 de 1993 y se les aseguró la confidencialidad de la información, la omisión de los nombres de cada participante rotulando con un código que impidió conocer la identidad del participante (Ministerio de Salud, 1993). Se manejaron bases de datos asegurados con clave y los archivos que contenían la información fueron eliminados al finalizar el proyecto.

En cuanto a las pautas éticas Internacionales para el desarrollo de esta Investigación, se dio cumplimiento a lo que menciona el Informe Belmont (1979), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (2017) en lo referente a los principios éticos internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Esta investigación cumple con el requerimiento de ser presentada y avalada antes un comité de ética, mediante acta y fecha anteriormente indicadas. Antes de obtener los datos, se realizó un consentimiento informado amplio a cada participante, debido a que la información obtenida podría ser utilizada en futuras investigaciones, garantizando la

protección y confidencialidad de la información de las narrativas de los profesionales de enfermería entrevistados.

## 4. Resultados

Este capítulo aborda los hallazgos de las narrativas del profesional de enfermería sobre su experiencia de cuidado a las víctimas del conflicto armado y su ejercicio profesional de las competencias propias de salud pública. La información se presenta según cada uno de los objetivos de la investigación y cada criterio incluye la categoría de abordaje y las categorías emergentes que surgieron del análisis narrativo, como se muestra en la tabla 4-1.

Se realizaron catorce entrevistas narrativas a igual número de profesionales de enfermería (seis mujeres y ocho hombres) que en algún momento de su ejercicio profesional desempeñaron labores relacionadas con la atención hacia las víctimas del conflicto armado en Colombia, en las regiones de Meta, Putumayo, Caquetá, Choco, Cauca, Sur del Tolima, Cundinamarca y Santander.

**Tabla. 4.1 Presentación de resultados de la investigación**

<b>Criterios de organización de información</b>	<b>Categorías abordaje</b>	<b>Categorías emergentes</b>
Situaciones del cuidado del profesional de enfermería hacia las víctimas del conflicto armado según la temporalidad, la espacialidad, los hechos, el tipo de violencia, el tipo de víctima y el perpetrador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo</li> <li>• Ubicación geográfica</li> <li>• Conflicto armado</li> <li>• Tipo de violencia</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perpetrador</li> <li>• Víctima y tipo de víctima</li> </ul>	
El significado del cuidado para el profesional de enfermería que atiende a víctimas del conflicto armado	Enfermería y cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimientos ante el sufrimiento</li> <li>• El cuidado en el conflicto armado</li> <li>• Barreras en el cuidado</li> </ul>
Experiencia del profesional de enfermería respecto al cuidado de las víctimas y las competencias de salud pública adquiridas durante su formación	Competencias de la formación profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilidades en la formación profesional</li> <li>• Fortalezas en la formación profesional</li> <li>• Recomendaciones para la formación profesional</li> </ul>
Cuidado del profesional de enfermería con el direccionamiento y las funciones establecidas por la Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y restitución de tierras"	Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y restitución de tierras"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitaciones para ayudar a la reparación de las víctimas</li> </ul>
Variaciones del cuidado del profesional de enfermería y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública en el conflicto armado	Salud pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras de salud pública</li> <li>• Formación interprofesional</li> <li>• Formación profesional en salud pública</li> <li>• Ejercicio profesional de enfermería en salud pública en escenarios del conflicto</li> <li>• Salud pública y posconflicto</li> <li>• Interculturalidad</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

## **4.1 Situaciones del cuidado del profesional de enfermería hacia las víctimas del conflicto armado según la temporalidad, la espacialidad, los hechos, el tipo de violencia, el tipo de víctima y el perpetrador**

A continuación se identifican situaciones del cuidado del profesional de enfermería y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública, según las categorías de abordaje de la investigación: el tiempo, ubicación geográfica, el conflicto armado, tipo de violencia, tipo de víctima- víctima y perpetrador.

### **4.1.1 Categoría. Tiempo**

Las narrativas permitieron relacionar el tiempo personal y el tiempo histórico en que los profesionales de enfermería entrevistados tuvieron la experiencia de cuidado hacia las víctimas del conflicto armado.

El tiempo personal está ligado a dos escenarios: el primero corresponde a la labor que realizaron en las zonas de conflicto a manera de servicio social obligatorio, como un requerimiento de su profesión. No obstante, en algunos casos, los profesionales entrevistados escogieron el lugar, motivados por el deseo de ayudar a las personas en condición de vulnerabilidad, con el fin de impactar positivamente en el entorno, y generar una experiencia más ligada al ámbito personal. El segundo escenario, corresponde a los profesionales entrevistados que una vez graduados, decidieron prestar sus servicios en dichas zonas, de las cuales eran oriundos, motivación condicionada por sus arraigos culturales y el deseo de contribuir al bienestar de la población alejada de los centros urbanos.

En cuanto al tiempo histórico, se identificó que los profesionales de enfermería entrevistados tuvieron sus experiencias durante las diferentes fases del desarrollo de la violencia producto del conflicto armado en Colombia; por un lado, se detectó a profesionales entrevistados que ejercieron hacia los años 80 y 90, por lo que sufrieron el flagelo del conflicto armado en su expansión, reflejado en amenazas y temores ocasionados por las experiencias de las tomas guerrilleras, la irrupción de los grupos guerrilleros en los pueblos en los que desempeñaban su labor y la atención a combatientes heridos sin distinción de bandos.

De otro lado están los profesionales entrevistados que ejercieron entre los años 2000 y 2016, en condiciones marcadas por la violencia, las intimidaciones y amenazas. Pero empezaron a perder fuerza los grupos violentos, ya no fueron tan amenazantes, y la labor de los profesionales de enfermería comenzó a ser reconocida por el cuidado, por lo que la sensación de peligro disminuyó.

Para los profesionales de enfermería que ejercieron entre los años 2017 y 2018, época de iniciación del posconflicto, el miedo no era su mayor preocupación, por lo que no se sentían amenazados y sus acciones de cuidado estaban dirigidas a la contribución a la reparación de las víctimas.

#### **4.1.2 Categoría. Ubicación geográfica**

Las zonas de conflicto estaban ubicadas en regiones de difícil acceso: *“parecía muy normal, esa es una región [a la] que normalmente tú llegas o por avioneta, que es una hora o 45 minutos, o por río que son como 12 o 16 horas en una chalupa, haciendo trasbordo en un brazo de la Orinoquia; o por trocha, pero tiene que meterse por el [municipio de] San Vicente del Caguán, y son ocho horas o 10 horas de trocha”* (MACA12:62-65). Por consiguiente, a los profesionales de enfermería entrevistados se les dificultó el desplazamiento y la salida de la zona. El reto se extendía al traslado de las víctimas, especialmente aquellas en estado crítico a hospitales de mayor nivel de atención, enfrentando los problemas propios de las condiciones de cada región, lo que se veía reflejado en retrasos que afectaban a la víctima. Además, por ser zonas alejadas, se evidenciaba la presencia y concentración de organizaciones de grupos armados al margen de la ley.

### 4.1.3 Categoría. Conflicto armado

En las narrativas se visibilizan constantemente el sufrimiento, el miedo, la incertidumbre y la angustia de los profesionales de enfermería entrevistados, producto de los combates y los hostigamientos que protagonizaban los grupos armados contra la población: *“entonces en ese momento sentí mucho miedo, al fin nos tocó abrir, nos despeinamos, la auxiliar me dijo “despéñese jefe y hágase la dormida” y cuando ya abrimos, ellos dijeron “¿Qué les pasó? ¿Por qué no abrían?” y ellos entraron, y los guerrilleros no se habían podido ir, el consultorio estaba lleno de sangre. Y la auxiliar dijo “¿Quieren tinto? Voy a poner a hacer tinto” y ellos dijeron que bueno. Entraron a hacer el recorrido y pasaron a hacer el recorrido y el consultorio estaba limpiecito, ellos alcanzaron a limpiarlo, entonces ellos no vieron nada raro. Se salieron, y tan pronto se salieron nosotros fuimos a ver qué pasaba, y ellos estaban escondidos detrás de la puerta del baño. Entonces ese día yo sentí mucho temor, porque more todo lo que me hubiera podido pasar”* (FLOCA85: 45-53); *“obviamente es un escenario totalmente distinto. En esas zonas de conflicto, permanentemente, sobre todo la legión médica, todos los que tenemos que ver con todo el personal de salud, estamos como en la mitad entre todos los actores del conflicto. ¿Qué quiere decir eso? Sencillamente que si se atiende a un combatiente de la guerrilla, pues posiblemente está uno comprometiéndose con el bando opuesto, o con los cultivadores ilícitos esta uno poniéndose en contrario con el ejército o con la policía”* (PUAS96:24-29). También se evidencia que persistía un ambiente de duda frente a las posibilidades de supervivencia, pues se ejercían el cuidado y la atención en salud bajo presión y amenazas: *“Si se atiende a un combatiente de la guerrilla, pues posiblemente está uno comprometiéndose con el bando opuesto, o con los cultivadores ilícitos; está uno poniéndose en contrario con el Ejército o con la Policía”* (PUAS96:26-29)

Las narrativas permitieron identificar a las víctimas del conflicto desde la interpretación de los profesionales de enfermería entrevistados: *“muchos militares que padecieron de diferentes formas, como las bombas, los carro bombas, es decir, miles de forma para atacar al otro. Y se perdieron igual muchas vidas, y los que quedaban, quedaban en condiciones de discapacidad por las condiciones producidas por las bombas de las cuales eran blancos”* (BAR93:36-39). Además, se evidenciaron las diferentes situaciones por las que pasaban los profesionales entrevistados para prestar atención en salud a las víctimas: *“Tres grupos de diferentes frentes fuera del hospital,*

*esperando que uno saliera para que a uno lo ataquen, porque o no le salvó la vida al guerrillero o porque está molestando al guerrillero con el policía y al indígena en la misma sala de reanimación” (POPA13:16-23).*

Se pudo establecer que los profesionales de enfermería entrevistados atendían a los miembros de los diferentes grupos armados sin hacer distinciones: *“no es lo mismo que tú te sientes acá en la zona urbana a una situación donde tú sabes que tienes los recursos, el apoyo de un familiar, de un amigo, a allá, que lo estás viviendo y que estás pensando en el peligro inminente de muerte. En un momento dado, tú si lo haces mal te pueden matar, te pueden secuestrar ¿sí?” (FLOCA85: 128-131) “Si el cielo estaba cerrado porque había lluvia, y allá tres días llueve y tres días hace sol, es decir, cuando inicia a llover no para, no deja de llover, y si estaba lloviendo los aviones no se desplazaban hasta allá, porque hay ciertas condiciones para poder movilizarse, y uno con una angustia grandísima pero no teníamos otra alternativa.” (BAHI05:115-118).*

El escenario principal de atención de víctimas era el área de urgencias hospitalaria, cuando llegaban heridos: *“las víctimas del conflicto me han llegado al servicio de urgencias. Han sido pacientes que llegan en un estado neurológico deplorable, por lo cual no se ha podido establecer un contacto directo ni en indagatoria. Me da la impresión que es algo que está generando muchos problemas ¿sí? Debido a que justamente esas personas son jóvenes, son personas que están entre los 15 años, algunos entre los 20 años, incluso el que más años tenía era 35 años. Entonces esa experiencia es algo que causa mucho impacto, porque uno se pone a pensar “¿qué está pasando?, tan joven y terminan tan mal” porque de esos pacientes que nos han llegado, han tenido muerte cerebral, por el impacto de las balas, y han terminado en la UCI (unidad de cuidados intensivos) por mucho tiempo y no han quedado en sus cabales” (MERCA18: 4-12).* Otros escenarios eran los espacios comunitarios destinados a adelantar las brigadas de salud: *“en las brigadas que estaban programadas en la zona montañosa, ellos (grupos armados) solicitaban atención médica y odontológica a nivel de los puestos de salud a donde nosotros asistíamos. Y pues ellos llegaban y se atendían. Se les solicitaba que por respeto al grupo de salud, dejaran a un lado lo que tiene que ver con rifles y las cosas que ellos cargan, y se le hace la parte de atención y se entregaba lo que correspondía a medicamentos y eso” (ORTO94:10-14).*

Se identificó que a pesar de la firma del acuerdo de paz con las FARC, aún hay presencia de grupos al margen de la ley en las zonas analizadas como el ELN, por lo que las situaciones de conflicto persisten, aunque en menor escala. *“te voy a contar algo que me pasó la semana pasada. En una de esas brigadas teníamos que ir a la cordillera, son los sitios más lejanos que tiene el municipio, entonces la ambulancia nos recogió a las tres de la mañana, llegamos al sitio donde se iba a atender a las ocho de la mañana más o menos, pero en el camino se nos explotó una llanta, pero mientras la estábamos cambiando salió la guerrilla. Todavía hay guerrilla por allá, o grupos disidentes, como tú los quieras llamar. Salió a preguntarnos pues que nos había pasado, pues bien armados con sus rifles, pero ellos saben que nosotros estamos prestando un servicio a la comunidad, entonces lo que hicieron fue cuidarnos mientras nosotros cambiábamos la llanta, y volvieron a entrar al monte”* (CAU18: 68-76). Así mismo, esto se presenta en regiones como el Cauca y Santander que registran la presencia de grupos del ELN y de grupos del narcotráfico que se disputan el poder. El conflicto lo padecen la población y los profesionales de enfermería que atienden a personas víctimas de conflicto, por lo que llegan heridos a los hospitales por ajustes de cuentas, por servir como informantes, por ser líderes sociales y por disputas por el narcotráfico.

#### **4.1.4 Categoría. Tipo de violencia**

Entre las acciones de violencia que los profesionales de enfermería entrevistados atendieron o vivieron, se pudieron identificar algunas como producto de hostigamientos, bombardeos, amenazadas, ajustes de cuentas, desplazamiento y extorsiones; sin que ellas impidieran que los profesionales cumplieran con su labor. Ellos estuvieron sujetos a restricciones de su libertad, como toques de queda y limitaciones para movilizarse, *“era preferible no salir”* (PUAS96: 34-35). Siempre se sentía el poder de los grupos armados: *“entonces nosotros estábamos seguros solo ahí en el municipio, porque nos protegía el ejército y la policía. Pero si salíamos del municipio, corríamos como personal de salud el riesgo de que nos secuestraran. Entonces nosotros vivíamos con la zozobra de que en cualquier momento algo malo iba a pasar, por lo que estábamos tan expuestos”* (PULE10:37-38). *“y pues cuando había hostigamiento se escuchan las ráfagas, los disparos, y uno siente el temor de que pase algo, a veces los vidrios podían caer cuando había metralla o detonación de granadas”* (UM2001:53-55).

También como producto del conflicto armado se identificaron secuelas físicas y psicológicas en la población civil: *“tuvimos un caso de un infante de marina que cometió actos de suicidio, se disparó con el fusil de dotación e ingreso al servicio de emergencias con trauma craneoencefálico por impacto de bala, y el si por más que lo tratamos no pudimos y trató falleciendo. Pero digamos que él no murió por acciones de combate, sino por un acto suicida. Una de las secuelas del conflicto en esa época era la depresión y las crisis de ansiedad, y por eso decidió suicidarse”* (PULE10:25-30). Además, la violencia producto del conflicto no fue la única que tuvo que afrontar la población civil y atender el personal médico, debido a que se presentaron casos de violencia sexual en niños, niñas y mujeres de las zonas, violencia intrafamiliar y problemas de drogadicción, casos que no era fácil de atender, especialmente en la población indígena: *“Entonces si tú te das cuenta, yo sé que es un parte en conflicto armado muy fuerte porque está en presencia de orden público, pero también la parte social y demográfica no ayuda mucho. Entonces finalmente las personas pueden vivir con el ejército del pueblo, porque el ejército del pueblo no les hacía daño a las personas campesinas. Ellos convivían, y por el contrario, había algo que se me hizo extraño, allá los señores que golpeaban a las esposas eran castigados por el ejércitos del pueblo, por la misma razón no había drogadictos, porque eran castigados. Entonces la ley era por ellos, había 48.unas normas que los protegían de alguna manera.”* (UM2001:45-48). Era frecuente conocer a una persona y a la mañana siguiente encontrar que había huido del pueblo, desplazada: *“toda persona que vive de pronto desplazamiento, en zonas de bombas, porque acá fue un territorio de bombas antipersonales, personas que son amenazadas, personas que fueron amenazadas y les toco bajarse de la zona alta del municipio, personas que fueron reclutadas, tanto para lo que era guerrilla, y lo que era las águilas negras, que acá también existieron, entonces gente que reclutaban. Hubo invasión de haciendas y eso, a amedrantaban a la gente, a lo que tenían que entregar, la confidencialidad y esas cosas.”* (ORTO94:39-44).

Además de la identificación del miedo durante el ejercicio profesional de sus labores, el personal también vio afectada su seguridad y desarrollo, incluso en momentos no laborales, cuando afrontaba momentos de angustia: *“ese es un municipio que es rural, es una cabecera municipal, pero eso es solo selva. En puerto Leguízamo y Putumayo, delimita con el rio del putumayo, enfrente está Brasil y al otro costado está el Perú. Y es la única cabecera municipal como en cinco o seis kilómetros a la redonda.*

*Entonces nosotros estábamos seguros solo ahí en el municipio, porque nos protegía el ejército y la policía. Pero si salíamos del municipio, corríamos como personal de salud el riesgo de que nos secuestraran”* (PULE10:31-36). Sin embargo, es de aclarar que ninguno de los profesionales entrevistados resultó particularmente amenazado, aunque quedan sus experiencias de violencia por los hostigamientos conjuntos contra las poblaciones en donde prestaban sus servicios.

Se identificó que el posconflicto es un escenario esperanzador para el profesional entrevistado, debido a que pasa de ser intimidado y amenazado, a ser reconocido como integrante de una red de apoyo para las víctimas y sus familias: *“Ellos [los grupos al margen de la ley] saben que nosotros estamos prestando un servicio a la comunidad, entonces lo que hicieron fue cuidarnos mientras nosotros cambiábamos la llanta, y volvieron a entrar al monte”* (CAU18: 71-76).

#### **4.1.5 Categoría. Víctima y tipo de víctima**

En cuanto a la categoría *“víctimas del conflicto armado”*, se identificó que víctima para los narradores, es aquella persona que está en medio del conflicto y que ha sido afectada por la violencia, de forma directa o indirecta, siendo vulnerados sus derechos, por lo que presenta algunas secuelas: *“Cuando tú me hablas de una víctima del conflicto, enseguida yo me transporto a la parte del sufrimiento, tanto individual o puede ser colectivo”* (UM2001:12-13). Se constató que la población civil no es la única víctima, también lo son los combatientes de los grupos ilegales, los soldados, los niños y los adolescentes que han sido reclutados, las personas asesinadas, las familias desplazadas y los campesinos, e incluso lo que representa el hospital: *“Ahí está, el individuo y la comunidad, la familia e incluso los entes estatales que estén en la zona. Creo que esas también son víctimas”* (PACU98: 28-29).

Así mismo, se identificó como una víctima al profesional de enfermería entrevistado porque es un actor presente en el conflicto, que ha sufrido consecuencias y afectaciones, como la pérdida de autonomía profesional, por ejemplo, si auxiliaba a un policía era considerado por los grupos armados como un enemigo; si ayudaba a un combatiente de la guerrilla se le tildaba de auxiliador y la fuerza pública amenazaba con iniciar procesos judiciales: *“Sin embargo, hoy en día la misión médica pues tampoco veo yo que tenga el respeto que se tenía en un punto y también termina siendo afectada*

*y atacada, porque termina como en la mitad*" (BAHI05:62-64). Además, se estableció que el profesional de enfermería vivía situaciones de estrés, miedo e indecisión, producto de su percepción de la carencia de alternativas para su salud o el cuidado del paciente.

El medio ambiente es también otra víctima del conflicto armado *"por [la manera] como se afectaba donde se ejerce la minería ilegal, donde se contaminaba el agua, todo tenía un impacto, por la contaminación del agua. Entonces también había muerte de animales, sequías, se dañaban, los terrenos"* (MACA12: 52-55). Se identificó que la tala de los bosques dio paso a cultivos ilegales, produciendo daños irremediables en el medio ambiente. Los campesinos que estuvieron en medio del conflicto huyeron por las amenazas recibidas y por miedo, abandonando sus tierras y cultivos legales. *"Tuvieron que dejar sus tierras, esos desplazados que les tocó irse a la ciudad con nada debajo de sus brazos"* (CAU18: 89-90). De esta manera se producía un deterioro en la economía regional y una pérdida del sentido de la cultura de la región, por motivos de desplazamiento.

Se evidenció que los niños, niñas y adolescentes eran unas víctimas a quienes la violencia del conflicto les comprometió su futuro *"por las condiciones producidas por las bombas"* (BAR93: 38-39), al igual que a los jóvenes que fueron reclutados y perdieron la vida en medio de los enfrentamientos. Además, esta población menor de edad tuvo que presenciar el fusilamiento de los compañeros y de sus familias, las niñas fueron abusadas sexualmente y algunas se encontraban en estado de embarazo: *"niñas de 12 o 14 años embarazadas, y si usted lo denuncia por abuso sexual, el que puede llevar del bulto es usted"* (MACA12:199-201). Por lo tanto, los profesionales de enfermería encontraban barreras que les impedían ofrecer una ayuda plena con los cuidados y tratamientos oportunos a las víctimas.

#### **4.1.6 Categoría. Perpetrador**

En relación con los perpetradores, se identificaron a los grupos armados legales e ilegales presentes en las zonas de conflicto analizadas como los principales perpetradores de violencia contra toda la población, vulnerando los derechos de la población, incluido el equipo de salud. En las narrativas se hace alusión a algunos grupos que ya han desaparecido, pero que tuvieron notoria incidencia en el conflicto,

entre ellos las FARC, el ELN, las AUC, los paramilitares, las Águilas Negras y los narcotraficantes: *“Hay mucha gente de las FARC que los pintan que fueron ellos los que hicieron daño, y en realidad a ellos también les hicieron daño, porque se sabía que muchas de las personas reclutadas fueron a la fuerza, contra su voluntad, y eran sujetos de abusos, de maltrato de vejámenes. Entonces víctimas para mí son prácticamente todos.”* (PULE10:58-59).

Ahora bien, en el posconflicto se identifica especialmente al ELN y a las BACRIM: *“En este momento de los grupos que tengo conocimiento son la parte del ELN”* (MERCA18: 32). Este grupo armado permanece activo, vulnerando los derechos de las personas y sus familias, y ejerciendo presión mediante amenazas y secuestros, para llegar a negociar un acuerdo de paz con el gobierno

## **4.2 El significado del cuidado para el profesional de enfermería que atiende a víctimas del conflicto armado**

El análisis de las narrativas permitió establecer el significado de cuidado en relación con el cuidado que brindó el profesional de enfermería a las víctimas del conflicto armado y caracterizar los sentimientos frente a la relación enfermería-víctima y las barreras que encontraron en el cuidado.

### **4.2.1 Categoría. Enfermería y cuidado**

En las zonas de conflicto armado, los profesionales de enfermería entrevistados debían desempeñar múltiples funciones, algunas incluso ajenas a su misión, como suplir al médico, al bacteriólogo y a los demás profesionales cuando fuera necesario: *“Cuando yo trabajé en Uribe, no había luz, son pueblos donde no hay luz. Cuando tú haces un proceso y un procedimiento, en este caso yo soy enfermera profesional, pero no había médicos, entonces los partos los tenía que atender yo. Entonces digamos que una simple citología, si no teníamos el instrumento específico, y allá son pueblos que manejan un instrumenta, ... por ejemplo, para la citología tocaba solicitar que fueran de plástico, porque del otro material no había, y si había no había luz”* (UM2001:32-38).

Se evidenció que el conflicto armado impactó el desarrollo de los profesionales y los impulsó a buscar nuevos aprendizajes, y a incursionar en el desarrollo de actividades junto a otras disciplinas para lograr mayor efectividad: *“Donde trabajé que era un hospital de segunda, éramos enfermería, medicina, había una fonoaudióloga, había los bacteriólogos, había una terapeuta ocupacional y los odontólogos. Ese era el equipo de salud y entre todos hacíamos funcionar el hospital, las consultas, las citas, la hospitalización, inclusive hacíamos brigadas de cirugía ambulatoria, y era súper chévere, porque participaban los otros colegas de otras profesiones, los odontólogos, los bacteriólogos, que normalmente no operan”* (PULE10:97-104).

Las zonas de conflicto armado son escenarios que permiten por las condiciones de vulnerabilidad las víctimas, que haya una relación más estrecha entre enfermería-víctima, que la empatía y la simpatía que se da entre los dos, permita llegar de una manera efectiva a afrontar el sufrimiento producido por el conflicto y a proveer a la víctima y su familia una relación de ayuda y alivio al dolor no solo el físico, sino el emocional: *“Entonces ¿Qué nos estábamos dando cuenta con eso? Primero que la estación de las personas, cuando tú decides irlos a ayudar es única, siempre te van a abrir las puertas, no porque tuviéramos la protección del ejército, no, antes te veían como alguien que les brindaba una mano. Cuando tú veías esas personas, lo único que veías era esperanza en su rostro. Esos fueron como los primeros contactos que hice en esas zonas de conflicto. Lo que te digo, aquí en el Cauca es absolutamente en todos los municipios”* (CAU18: 21-23)

Los profesionales de enfermería entrevistados fueron motivados por su compromiso, amor por la profesión y vocación por el servicio al cuidado del otro: *“Entonces cuando tu estas estudiando tú tienes una visión, yo no conocía nada de la parte de salud, entonces mi visión no era tan amplia, como hay personas que son auxiliares y que ellos conocen un poco más, pero yo no, yo estudié netamente mi enfermería y no tenía conocimiento, a mí me gustaba y yo quería ser enfermera. Entonces digamos que enfermería es hermosa, porque es integral, y te da muchos aspectos para laboral en clínica y en la parte de salud pública es muy bella, pero hay que abarcar mucho”* (UM2001:124-130), y que *“Cuando yo trabajé allá, los enfermeros éramos muy importantes, solos no podíamos con todo, necesitábamos mucho de los médicos”* (PULE10:97-98).

Este personal ejercía su profesión con acciones de cuidado y salud pública bajo la estrategia de las brigadas de salud; desarrollaban los programas de promoción de salud y prevención de enfermedad hasta cubrir toda la población que, por dificultades de desplazamiento, no podía acercarse al centro de atención *“el recibimiento de toda la población es muy bien, de los adultos, de los niños, de los abuelitos. Entonces te abren las puertas de su municipio para que puedas trabajar con ellos”* (CAU18: 42-43).

#### **4.2.1.1 Categoría. Sentimientos ante el sufrimiento**

Se encontró que los profesionales de enfermería entrevistados dedicados al cuidado de las víctimas del conflicto armado se percibían inmersos en una serie de sentimientos morales ante el sufrimiento y el dolor de las víctimas: *“Entonces eso genera una zozobra y una permanente sensación de miedo, porque uno no sabe hasta donde las fuerzas de los oponentes pueden afectarlo a uno por estar ofreciendo ese cuidado. Se permanecía casi siempre en una especie de toque de queda en Puerto Asís, después de las 7: u 8 de la noche, pues obviamente nadie salía de sus lugares de vivienda, porque era exponerse a problemas, como balaceras y ese tipo de cosas dentro del casco urbano. Entonces era preferible no salir. Y en las zonas rurales, en las zonas fuera del casco urbano, como las veredas y eso, que tuve la oportunidad de asistir a los programas de prevención y promoción, pues era todavía más difícil esa zozobra.”* (PUAS96:30-37). De igual manera el profesional, experimentaba sentimientos de miedo por su propia vida y en ocasiones se sentía sin otras opciones *“Entonces estaba el ejército y nosotras adentro con los guerrilleros, entonces ese día me dio mucho miedo, porque hubo un momento en que el ejército empezó a golpear, porque necesitaba hacer la ronda, y los guerrilleros estaban ahí. Eso implicaba muchas cosas, porque primero: cuando yo empecé, me decían que si yo atendía un guerrillero, entonces estaba en contra del gobierno y de todos, que yo no debía atender guerrilla, pero yo estudié enfermería para salvar vidas y dar cuidado.”* (FLOCA85: 39-44), con temor y con angustia de perder la libertad *“porque no es lo mismo que tú te sientes acá en la zona urbana a una situación donde tú sabes que tienes los recursos, el apoyo de un familiar, de un amigo, a allá, que lo estás viviendo y que estás pensando en el peligro inminente de muerte. En un momento dado, tú si lo haces mal te pueden matar, te pueden secuestrar ¿sí?”* (FLOCA85: 128-131) y a merced de los grupos armados que

generaban emociones de *“impotencia, miedo, rabia por ese tipo de situaciones”* (PACU98:54-55) que implicaban una amenaza para la vida.

En este contexto se manejaban sentimientos de esperanza, especialmente en los procesos de recuperación de las víctimas y sus familias: *“Siempre recibe una recompensas, viendo que van sanando, viendo que la familia va viendo los resultados”* (PACU98: 73-74), como satisfacción por la labor cumplida con las víctimas, *“por lo general la gente era muy agradecida y estaba pendiente de nosotros. Y si nosotros hacíamos bien nuestra labor, pues... incluso las fuerzas armadas, ya sean guerrilleras o el ejército nacional se portaban muy bien con nosotros.* (MACA11:27).

Surgían entre los profesionales entrevistados sentimientos hacia las víctimas: *“y los que vivían, quedaban con mutilaciones que francamente daba mucho dolor, daba mucha tristeza ver a las personas en esas situaciones. Ya fueran del lado militar, paramilitar o guerrillero, esa guerra fue una guerra fratricida que nunca se debió dar”* (BAR93: 14-16), y experimentaban una sensación de impotencia al ver el sufrimiento de las víctimas, sin poder remediarlo; ver a los niños morir por los bombardeos, atender a mujeres y a niñas agredidas sexualmente, a niñas embarazadas, y en muchos casos hacer de cuenta que no pasaba nada y seguir adelante.

#### **4.2.1.2 Categoría. El cuidado en el conflicto armado**

Se identificó que el cuidado fue considerado por los profesionales entrevistados como la razón de ser de la disciplina de enfermería a través de un cuidado integral, que no tiene en cuenta distinciones: *“Pero cuando tú ves el entorno, y ves un camión con soldados (de las FARC), porque tú lo que ves es un soldado, con el camuflaje y con las mismas armas, todo es exactamente igual, pero como lo que te digo, La Julia era expresamente guerrillero, entonces allá no llegaba el ejército nacional sino que tú ya sabías de quienes se trataban. Cuando los atendíamos, pues daba un poquito más de susto porque hay más personas que están ahí, pero tienes y debes atenderlos, esa es la razón de nuestra profesión. Yo no hice ningún juramento pero es la atención, es atender a un ser humano, es atender a la persona, como tu estar atendiendo a un niño o a una señora o a un señor, tú no ves una distinción, no hay razas ni colores, es una persona que necesita como tal una atención en salud.”* (UM2001:90-98). En consecuencia, todas

las víctimas fueron cuidadas con neutralidad en relación con el bando al que pertenecieran.

El dar cuidado a las víctimas fue enriquecedora para su formación profesional, ya que los sensibilizó y conectó con su faceta más humana: *“digamos que la forma como tú prestas el servicio de cuidado, puede variar, es decir, el amor o le que te impulsó a hacer la carrera no cambia, eso sigue siendo la esencia de enfermería ¿sí? El ponerse en los zapatos del otro y dar cuidado, y velar porque pueda salir adelante, querer hacer algo. Digamos que esa parte de la ciencia de enfermería no cambia, sin embargo, eso incide en el actor social si puede ser un condicionante para que su cuidado se aun poco diferente que en la ciudad.”* (BAHI05: 126-131).

Ofrecer cuidado a las víctimas de las zonas de conflicto se convirtió en una oportunidad que les permitió desarrollarse laboralmente y construir nuevas formas de relación con las víctimas: *“Me instruí en eso, hice cursos de teatro en Medellín, Bogotá, Cali y formé un grupo de payasos hospitalarios”* (CAU18: 8-11). Además, se instauraron programas de salud pública que tuvieron impacto directo sobre el cuidado brindado: *“De hecho en un personal de infantería se hizo una actividad de PYP e implementamos un programa que fue del cuidado de los pies. Obviamente para que el infante cuide ese recurso, porque todo el día por su trabajo, y no hay otra forma de movilizarse en la selva, y pues como las condiciones son fangosas, todo el tiempo están los pies mojados. A pesar de que usan botas altas, no son impermeables, entonces todo el tiempo están húmedos, solo están limpios cuando volvían a la base. Entonces cuando ellos volvían, sus piecitos llegaban en unos estados muy complejos, porque si se raspaban o simplemente una uña salía mal, hacían que esos pies tuvieran un estado bastante deplorable, porque les dolían, estaban inflamados, infectados”* (BAHI05: 147-154).

Por otra parte, el cuidado en zonas de conflicto puede darse en diferentes escenarios como en el componente clínico, específicamente en hospitales; en la salud pública y en las brigadas de salud extramurales de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: *“Hay personas en embarazo, hay niños que hay que vacunar, hay niños pequeños y grandes, de todas las edades. El cuidado es el mismo que se les brinda en una ciudad. Obviamente dependiendo del terreno y de la situación, por ejemplo, es una zona endémica donde hay Chagas, malaria, en donde*

*hay Leishmania. Entonces tienen unas enfermedades en salud pública, unos eventos en salud pública, unas enfermedades que atacan a toda la población. Fuera de toda esa parte del desplazamiento, que no se pueden movilizar tan fácilmente a un centro poblado, a un corregimiento, porque viven en la parte rural” (UM2001:22-23).*

También se encontró que el cuidado en las zonas de conflicto estaba condicionado: *“Sobre qué cosas tu puedes hacer y que no puedes hacer, no hay la libertad del cuidado como lo concebimos en las zonas urbanas, por ejemplo en Bogotá o en otras ciudades, donde simplemente es libre y donde se hace sobre unos parámetros aceptados socialmente, como la normativa, la resoluciones y etc, allá no aplicaba eso” (PUAS96:51-54),* dado que en muchas ocasiones este cuidado dependió de la decisión de los grupos armados.

Para algunos profesionales entrevistados, el cuidado tiene su esencia solo en la práctica de enfermería, por tratarse de una disciplina formada para este fin: *“nosotros en enfermería somos las personas que finalmente somos las que atendemos a los pacientes. Los médicos ordenan, pero nosotros somos los que ejecutamos. Y además de eso de ejecutar, pues también planeamos la atención del paciente. Entonces es muy importante la atención de enfermería, demasiado importante.” (BAR93: 90-94);* Sin embargo, para otros *“el cuidado sí es necesario, pero de manera interdisciplinar” (PULE10:97).*

#### **4.2.1.3 Categoría. Barreras en el cuidado**

En las narrativas se encontraron diferentes experiencias respecto en el cuidado brindado a las víctimas del conflicto: una relacionada con la variación de la calidad del mismo dadas las condiciones y otra donde el profesional considera que no se afecta.

La primera expone que el cuidado es afectado debido a las condiciones del conflicto: *“los recursos que uno tiene a la mano no son en ocasiones los más adecuados. Entonces pues el cuidado de enfermería en ocasiones no se puede brindar tan integralmente como uno quisiera, pero uno siempre hace lo posible porque sea lo mejor. Pero si por lo menos en esas zonas hay cosas que carecen, y eso de pronto dificulta un poco más la calidad del cuidado de enfermería que se pueda brindar” (TRES17:23-27).* De manera que los cuidados dependían de los recursos disponibles y de las necesidades particulares de las víctimas: *“El cuidado de enfermería se da en la*

*medida en que estén los recursos disponibles para poder hacer la atención integral'* (PACU98: 47-49). Adicionalmente, se presenta una diferencia entre la zona rural y la urbana dado que en las grandes ciudades se dispone de toda la tecnología. Por lo tanto, el cuidado de enfermería no se puede ofrecer en igualdad de condiciones: *"Esos pacientes que uno atiende en la parte de urgencias, pues son pacientes que uno no les brinda el cuidado, hablando [de] los de violencia, ¿no? Entonces son pacientes que llegan y máximo están en la institución, pues dependiendo de su compromiso, esos pacientes están menos de 12 horas"* (MERCA18:39-42).

Por otra parte, algunos profesionales de enfermería entrevistados argumentaban que el cuidado no debe cambiar porque es solo uno, dado que es lo que le da sentido a enfermería y no depende de los recursos disponibles: *"porque eres la que de manera imparcial da el cuidado, independientemente de la situación de cada uno de los pacientes, lo importante es dar ese cuidado"* (POPA13:43-45). Por esa razón, en todo momento, *"debe ser igual. El cuidado que se brinde debe ser igual, porque a las personas hay que tratarlas igual, se les brinda lo mejor que se les pueda dar. Aquí en el hospital se brinda la atención todo de nivel uno, lo que uno pueda hacer independiente de su condición, se les trata de dar lo mejor hasta donde el hospital tenga la posibilidad. Y lo que nosotros no podemos brindarles, toca sacarlos a un nivel dos, al Chaparral o a Ibagué. Pero el cuidado debe ser igual completamente"* (ORTO94: 47-52). Desde esta perspectiva los recursos pueden ser limitados, pero esta condición no afecta la calidad del cuidado, porque de hacerlo, cada profesional cambiaría según la situación que se presente, el concepto de cuidado en el que se fundamenta la profesión.

### **4.3 Experiencia del profesional de enfermería respecto al cuidado de las víctimas y las competencias de salud pública adquiridas durante su formación**

En este apartado se presentan las experiencias de cuidado y el ejercicio profesional de las competencias en salud pública y su relación con la experiencia del cuidado de enfermería a víctimas conflicto armado. Se sitúan como categorías emergentes las debilidades, fortalezas y las recomendaciones que realizan los profesionales respecto a las competencias para el cuidado a víctimas del conflicto armado.

### 4.3.1 Categoría. Debilidades en la formación profesional

En relación con el proceso de formación en las universidades y su cualificación para el ejercicio profesional, algunos profesionales indicaron que como parte del su plan de estudios, seleccionaron asignaturas electivas y de profundización que consideraban pertinentes para su desempeño en zonas de conflicto armado, por ejemplo, líneas de cuidado crítico y cuidado crónico. Sin embargo, se identificó que no recibieron capacitación en resolución de conflictos *“el último año de carrera hice la línea de salud mental en hospital general. Y mis profes de salud mental eran muy pilos todos, y me enseñaron sobre cómo manejar situaciones de estrés, de ansiedad, toda la parte de la salud mental como se afecta en el conflicto, entonces eso me sirvió. Por ejemplo mi otra amiga que hizo el rural conmigo, ella hizo la línea de cuidado crítico, entonces ella por ejemplo todo el tema de resolución de conflicto, de estrés, de ansiedad, ella casi eso no lo podía controlar. Entonces tuvimos formaciones distintas a pesar de estar en la misma universidad”* (PULE10:68-74). Esta carencia los llevaba, en ocasiones, a desconocer el manejo que debían dar a las situaciones de ansiedad que experimentaban las víctimas o del estrés que genera la violencia.

La formación profesional en relación con el cuidado a los pacientes, se definió por la calidad y enfoque de los docentes y de las universidades de donde fueron egresados: *“No es lo mismo que el cuidado se lo de una jefe, con enfoque al trabajo social, a la humanización y todo eso, que un jefe que ha sido de una universidad netamente clínica”* (POPA13: 12-15). En general, los enfermeros indican que las asignaturas cursadas en el pregrado se enfocaron en el estudio del ser humano, contemplado según los ciclos vitales, como niño, adolescente, adulto y anciano. No hubo un abordaje a partir de un enfoque diferenciador del conflicto, partiendo de la base de la historia del país: *“¿Por qué no tenemos una enfermería que estuviera enfocada en el conflicto armado?; que diera herramientas para poder atender esas víctimas del conflicto armado”* (MACA12:243-248).

Se estableció que la formación profesional en programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad se produjo durante el primer año de enfermería, *“cuando yo llegue al Putumayo, allá a nosotros a los enfermeros rurales nos hacían rotar entre urgencias, hospitalización y pyp (promoción y prevención), que ahora llaman pyd (promoción y desarrollo), y en esa rotación de pyp era la que más duro me daba a mí,*

*porque imagínate que nosotros en el primer año de enfermería, era cuando a uno le enseñaban todo lo de vacunas, todo lo de citología, pero esos conocimientos estaban muy aislados. Como en todas las universidades, a uno lo forman por ciclo vital, y meten lo que sea de promoción de la salud lo meten por ahí por los laditos.” (PULE10:76-82).* Además, no se volvían a retomar, por lo tanto, el profesional que se desempeñaba en las zonas de conflicto armado, no recordaba cómo realizar funciones básicas, cómo tomar una citología o impartir educación en planificación familiar. También se identifica que la preparación de la academia no otorga las suficientes herramientas para sus experiencias de servicio social obligatorio.

La formación de los profesionales de enfermería entrevistados no fue homogénea, en razón a los diferentes enfoques en los que fueron educados en las universidades; mientras algunos demostraban fortalezas en el área asistencial, otros presentaban mejores herramientas en salud pública o en salud mental: *“pues en la parte física sí, pero en la parte emocional de pronto no mucho. La verdad lo que me sirvió, era que como estábamos en un establecimiento de sanidad militar, ellos nos daban la orientación para tratar a las personas que eran víctimas del conflicto, pero por parte de la universidad con respecto a lo emocional, para abordar a las personas no” (TRES17:12-15).* De esta forma, el cuidado a las víctimas se vio influenciado por las fortalezas y las debilidades presentes en la universidad de donde es egresado.

Adicionalmente, se indica que las habilidades necesarias para desempeñarse en zonas de conflicto fueron aprendidas y desarrolladas en práctica laboral, producto de las condiciones diferenciales del entorno en que se encontraban: *“entonces que diga yo “todo lo que me dieron me sirvió” no, también tuve que aprender sobre la marcha. Porque no es lo mismo la teoría que le dicen a uno “usted tiene que cabecear la vena, porque si no la cabecea va a hacer una hemorragia, y eso se le hace un hematoma y eso hay que amputar” a ya vivirlo allá. Entonces uno empieza a acordarse de la teoría, de cabecera la venita, y mirar cual es la venita, porque en la realidad a nosotros no nos dan eso. Una de las personas que a mí me ayudó mucho fue un auxiliar de enfermería” (FLOCA85: 76-81).* La academia durante la formación, se centró en otorgar las herramientas básicas, como la atención de urgencias, pero aspectos referidos a las estrategias para trabajar con las víctimas y la forma de trabajar bajo presión, fueron desarrollados en el campo laboral: *“en esa época en la universidad para nada me hablaron nunca de eso, jamás. Eso lo aprendí yo por experiencia propia, y por la*

*experiencia de vivir en este país. Porque esta uno como con las antenitas puestas de lo que está pasando en el país, y de aprender a vivir en su tierra y conocerla. Porque uno puede ser de enfermera, pero si no está uno pisando tierra firme, conociendo a su país. Leyendo además, porque el conocimiento también es importante, y eso sumado a la experiencia da más conocimiento, y más claridad de lo que está pasando en su propio país. Pero no fue enseñado, fue por pura experiencia de lectura y conocimiento”* (BAR93: 67-73).

#### **4.3.2 Categoría. Fortalezas en la formación profesional**

Se encontró que la formación profesional se impartió bajo diferentes enfoques como el clínico, el comunitario, el de administración y el de educación, lo que permitió que los profesionales de enfermería se desempeñaran dentro de escenarios del conflicto armado y asumieran las múltiples funciones que tenían asignadas.

Abordaron la antropología y la sociología para el estudio de las poblaciones, lo que les sirvió como referente para manejar muchas situaciones en las zonas de conflicto

La enseñanza referida al cuidado tuvo el enfoque de las teorías de enfermería, lo que permitió que los profesionales en su experiencia profesional entendieran a las víctimas y les dieran un cuidado integral: *“nosotros nos enfocan con los catorce cuidados básicos de Virginia Henderson. Entonces con esos catorce cuidados básicos siempre tratamos de adaptárselos a ellos ¿Por qué? Porque en la comunidad tienen esas necesidades básicas cubiertas, pero muchas veces no saben en qué forma las tienen cubiertas ¿Por qué? Porque nadie se los has explicado. En cuanto a la alimentación, nadie les ha explicado como debe ser su alimentación con las cosas que ellos tienen dentro de sus fincas, de sus cosechas, al alcance de sus manos, entonces esa sería una forma.”* (CAU18: 190-196). De igual modo se identificó que la formación de los profesionales estuvo enfocada en la humanización, en ser solidarios, en el desarrollo del ser y en no discriminar al paciente, *“hay muchas cosas que la universidad a uno le deja, como toda la parte de humanización y socialización. Y en la manera en que uno debe dirigirse a los pacientes ¿no? Yo creo que más el cuidado se define más por la calidad de personas y de educación que uno tuvo* (POPA13: 10-13). En esa medida, surge un cuidado orientado a tratar de llevar algo de aliento a la población víctima del conflicto armado.

### **4.3.3 Categoría. Oportunidades de mejora para la formación profesional**

La mayoría de los profesionales entrevistados, se encontraban en las áreas rurales para cumplir con el servicio social obligatorio, por lo que resulta evidente que las universidades deben generar una preparación diferencial para capacitar al futuro profesional que se enfrentará a situaciones de trabajo rural, especialmente en aquellas zonas donde el conflicto armado permanece.

En consecuencia, se advierte que un enfoque en salud mental es fundamental para la formación del profesional: *“considero que la salud mental es un punto que debería reforzarse en la profesión de enfermería. En mi caso, por la cantidad de tiempo, pues opino que es importante, pero no sería tan importante como en Bogotá, donde por ejemplo llegan los pacientes, llega la familia, llega todo el mundo y es donde se recupera el paciente, donde está mucho más tiempo. Obviamente yo aquí voy a salir, y de pronto termino en un nivel de mayor complejidad en la cual lo voy a necesitar, por eso considero que la parte de salud mental es muy importante en la academia.”* (MERCA18: 88-94), específicamente para fortalecer el conocimiento relativo al manejo del impacto del conflicto armado en la salud.

Existe el deber de las Universidades de preparar al estudiante para que pueda afrontar los diferentes eventos que enfrentan las víctimas del conflicto, acorde con la realidad del país, de forma que cuente con referentes relacionado con cómo actuar y ofrecer un cuidado en situaciones de presión. Así mismo, las condiciones del actual proceso de posconflicto ameritan que se incluya en la formación profesional de enfermería las estrategias de la atención a las víctimas del posconflicto y la manera de ayudar a su reparación física y emocional.

## **4.4 Cuidado del profesional de enfermería con el direccionamiento y las funciones establecidas por la Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y restitución de tierras"**

A continuación se presentan los hallazgos del cuidado brindado por el profesional de enfermería a las víctimas del conflicto armado en relación con el direccionamiento y las funciones establecidas por la Ley 1448 de 2011, "Ley de víctimas y restitución de

tierras". A partir del análisis de la categoría de investigación, se estableció la categoría emergente "limitaciones para ayudar a la reparación de las víctimas".

#### **4.4.1 Categoría. Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y restitución de tierras"**

En relación con esta categoría, en las narrativas se evidenció la creación de programas de salud pública para involucrar a la población víctima del conflicto, para dotarla de herramientas para su desempeño y reincorporación en la sociedad: *"En ciertos corregimientos se cita a chef profesionales, los cuales les enseñan a cocinar todos esos vegetales que ellos han estado sembrando y cosechando en sus fincas; se les enseña a cocinar de una manera muy rica, es eso lo que estoy haciendo como profesional en las zonas de conflicto"* (PACU98: 77-78). De otro lado, se menciona *"un barco hospital que tiene hasta sala de cirugía y está habilitado y todo con todas las condiciones, y ese barco se va por la costa pacífica, chocoana, Valle, Marina, y Cauca, brindando atención en salud a las víctimas"* (CAU18: 117-119).

Se pudo establecer, además, que las actividades desarrolladas en las víctimas del conflicto armado estaban dirigidas no solo a dar cobertura en salud, sino también a ofrecer una atención integral al ciudadano: *"Cuando hacíamos 75.nuestras brigadas, igual la gente lo quería mucho y lo aceptaba mucho, él es muy bonito y las personas saben que iba a la parte de salud. Nosotros nos desplazábamos con médico y bacteriólogo, con el registrador, y con los de las EPS, que eran tres, cajacopi, salud total, y otra que se me olvido el nombre. Entonces se censaba, se daban cedula, se hacía todo, se hacía bastante trabajo, no solamente salud sino de todo, obviamente llevábamos la vacunadora y era muy bonito."* (UM2001:76-82); Estas actividades tuvieron una importante acogida entre las víctimas.

En este contexto, la labor de los profesionales de enfermería entrevistados implica atención en salud mental, por medio de la ayuda psicológica en las brigadas de salud que se realizaban en las zonas rurales: *"y lo mejor de todo, o lo que yo considero, es que los enfermeros no debemos buscar un trabajo, yo creo que enfermería es una profesión muy bonita. Entonces es tratar de buscar un sitio donde tú te diviertas todos los días, y jamás vas a trabajar, yo no trabajo, a mí me pagan por irme a divertirme todos los días con esos abuelitos crónicos que atiendo en consulta. Me pagan por irles a*

*enseñar a cocinar, cosa que yo no sé, pero llevamos chef, y que aprendo yo con ellos a cocinar. Me pagan por ir a brindarles estrategias educativas, manualidades, con las cuales estamos trabajando la salud mental, distrayéndolos un poco de ese entorno en el que ellos viven. ¿tú crees que para mí eso es un trabajo? En lo más mínimo, me divierto todos los días con ellos”* (CAU18: 213-220). Se daba un acompañamiento a las víctimas y sus familias, a través de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, *“específicamente me encargaba de ayudar a las víctimas en las brigadas de salud y la forma como mi equipo y yo podíamos de alguna manera repararlos en cuanto a su sufrimiento, era ayudándolos en vacunación para los niños, evaluación del estado de salud de niños, gestantes y personas ancianas, que en ese momento eran las víctimas más vulnerables.”* (PUAS96:71-73).

#### **4.4.1.1 Categoría. Limitaciones para ayudar a la reparación de las víctimas**

El abordaje con las víctimas y las familias, en algunas ocasiones, se tornaba complicado por el miedo ante la violencia, *“porque era algo que se estaba viviendo”* (UM2001:150-151) y por el temor a represalias de los grupos armados que siguen activos

Además, se encontró que los profesionales que llegaron a las zonas de conflicto armado, no disponían de conocimientos sobre normatividad ni sobre la forma de prestar atención médica a las víctimas en un proceso de reparación: *“Nosotros [los enfermeros] nos deberíamos preparar más para las zonas de conflicto. Sobre todo, porque las víctimas casi siempre son mujeres, niños y personas vulnerables”* (FLOCA85: 105-106).

## **4.5. Variaciones del cuidado del profesional de enfermería y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública en el conflicto armado**

A continuación se presentan las variaciones relacionadas con el cuidado brindado por enfermería a las víctimas del conflicto armado en relación con su ejercicio profesional de enfermería en salud pública. De igual manera, a través de la categoría de abordaje, surgieron categorías emergentes como: barreras de salud pública, formación profesional en salud pública, trabajo interprofesional, ejercicio profesional de enfermería en salud pública, la interculturalidad y el posconflicto.

### **4.5.1 Categoría. Salud pública**

En las narrativas se encontró que en las zonas de conflicto el ejercicio profesional de enfermería en salud pública por parte de los profesionales de enfermería estuvo relacionada con el conocimiento del perfil de las enfermedades bajo vigilancia epidemiológica. El manejo de la epidemiología fue considerado una ventaja, dado que se contaba con elementos para atender las enfermedades incidentes y prevalentes de las zonas de conflicto: *“No solo vamos allá y hacemos el reporte epidemiológico, y no voy a decir que lo que nos enseñaron no fue útil, a mí me tocaba hacer los reportes epidemiológicos, cuando teníamos eventos en salud pública y que la leishmaniasis, que una cosa, que otra, y uno reporta”* (MACA12: 219-222). Se identificó que la salud pública es percibida como un rol gerencial y enfocada hacia las actividades de curar y aliviar una herida producto del conflicto armado, a la gestión del tratamiento para la recuperación, *“pues cuando yo lo viví, me limitaba a su curación, a que no se fuera a infectar, a suministrarle los medicamentos. Pero así directamente el cuidado como lo estamos dando hoy en día no se daba. No lo hice. La oportunidad puede que si la tuviéramos, era muy poquito el tiempo pero uno puede ayudar en un momento dado”* (FLOCA85: 116-119). Además, se encontró que las acciones de brigadas de salud con las víctimas del conflicto contemplaron vacunación, control de crecimiento y desarrollo, atención a mujeres gestantes y adultos mayores, *“y en las zonas rurales, en las zonas fuera del casco urbano, como las veredas y eso, que tuve la oportunidad de asistir a los programas de prevención y promoción, pues era todavía más difícil esa zozobra”* (PUAS96:35-37).

También se halló que los determinantes sociales de la salud influyen directamente sobre las acciones de salud pública en las zonas de conflicto analizadas, debido a que la población se encontraba con necesidades básicas insatisfechas y condiciones que la hacían más vulnerable. Esta situación se concreta en las zonas que carecen de agua potable y luz; donde los hospitales solo funcionaban con paneles solares, sufrían racionamiento eléctrico y presentaban desabastecimientos de alimentos por las limitaciones en el desplazamiento. Adicionalmente, faltaban los medicamentos esenciales para ofrecer un tratamiento oportuno a las víctimas: *“Pegado a una camándula toda la noche porque no teníamos saturador”* (MACA12: 166-168).

#### **4.5.1.1 Categoría. Barreras de salud pública.**

Las acciones de salud pública en las zonas de conflicto armado son coartadas por el difícil desplazamiento entre las zonas urbanas y rurales, lo que genera un riesgo para los profesionales de enfermería entrevistados: *“Esa es una región [a la] que normalmente tú llegas o por avioneta, que es una hora o 45 minutos, o por río que son como 12 o 16 horas en una chalupa, haciendo trasbordo en un brazo de la Orinoquia, o por trocha, pero tiene que meterse por el San Vicente del Caguán, y son ocho horas o diez horas de trocha”* (MACA12:62-65). A veces debían hacer largos recorridos por el río o prolongadas caminatas, acompañados por alguien conocido de la zona para facilitar la llegada al lugar de trabajo. Lo anterior, representa complejidad en la atención y limitación del acceso de los profesionales de enfermería a la población para brindar atención a las víctimas.

Los profesionales de enfermería entrevistados afrontaron dificultades para el traslado de las víctimas que requerían atención de mayor complejidad, se presentaban retrasos por las condiciones de acceso a las zonas y para muchos de los traslados se utilizaron los ríos, sin las condiciones adecuadas: *“La gran dificultad que nosotros teníamos era que los traslados solo se podían hacer vía aérea, y el aeropuerto lo cerraban a las cuatro de la tarde. Entonces si llegaban tipo cinco, seis o siete, con una emergencia de ese tipo, si era muy complicado para nosotros”* (MACA11:24-26).

Uno de los mayores retos que afrontaron los profesionales de enfermería entrevistados fue afrontar las barreras de acceso y lograr la confianza de los diferentes actores del conflicto para ofrecer los cuidados en salud o medicamentos a las víctimas, debido a que en algunas ocasiones se mostraban reacios a dejarlos trabajar sin hacer distinción sobre los beneficiarios, es decir, si la ayuda iba dirigida a un grupo ilegal, población civil o fuerzas armadas: *“Si tú llevabas medicamentos para una vereda donde había casos de paludismo y tú llevabas allá los medicamentos, muy probablemente el mismo ejército se encargaba de poner muchas trabas para que uno llegara con los medicamentos. O si el que hacía los retenes era la guerrilla, muy probablemente le quitaban a uno esos medicamentos”* (PUAS96:45-49).

Los profesionales de enfermería entrevistados no contaban con los suficientes recursos y equipos médicos. Además, en algunas zonas no tenían acceso a los servicios de agua, luz y teléfono, de manera que el cuidado se improvisaba con los escasos recursos de que disponían, generando consecuencias en el traslado, el tratamiento y la recuperación de las víctimas. *“en Putumayo no teníamos muchos recursos. Teníamos acceso a penas a medicamentos básicos, en tecnología lo más avanzado que teníamos era una máquina de rayos x portátil, aparte de eso no había nada. Había un ecógrafo pero no prendía, había un quirófano pero pequeñito, no teníamos casi nada instrumental, había una máquina de esterilizar de vapor húmedo, pero solo se podía esterilizar lo pequeñito. Entonces esos factores hacen que el cuidado sea diferente en un municipio y en una ciudad”* (PULE10:91-96).

Se identificó que uno de los problemas de salud pública que más afectó a la población de las zonas analizadas, fue el embarazo en niñas y adolescentes, por lo general compañeras sentimentales de los miembros de los grupos armados ilegales. Esta situación generó dificultades en la atención en salud, en el seguimiento y en el cuidado, lo que re victimizaba a las niñas, dado que eran unas víctimas totalmente desprotegidas, vulnerables y a disposición de los grupos armados, problemática que evidencia la falta de intervención y protección para con los menores y los adolescentes: *“En un municipio como La Macarena, Meta, hay embarazos en niñas de 11 años, de 12 años, y uno dice, ¿esto cómo pasa? ¿Por qué pasa esta vaina?”* (MACA12: 190-193).

La comunicación se identificó como otro desafío, debido a la diversidad cultural, costumbres y lenguajes autóctonos como las lenguas indígenas, que para los profesionales de enfermería entrevistados evidencia un vacío en la preparación académica y dificulta la prestación del servicio de cuidado y atención sanitaria. Lo anterior, implicó la búsqueda de traductores que colaboraron en el proceso, aunque no se pudieron obviar las barreras que obstaculizaban el tratamiento y la recuperación de la salud de las víctimas.

Las acciones de salud pública fueron en algunos casos restringidas dado que las actividades se cumplían con precaución, debido al temor, la inseguridad y las posibles consecuencias de estas labores que los llevaba a temer por su integridad: *“En estos centros no se garantiza una completa seguridad del personal, entonces son cosas que van marcando el cuidado, porque el cuidado se presta, pero va ligado a que puede estar su vida en riesgo, sales en una ambulancia y tu vida puede estar en riesgo, pueden tirar algún artefacto al hospital, o cualquiera de esas cosas. Estos son factores que de cierta forma limitan el cuidado y diferencian el cuidado de un hospital de Bogotá a uno de acá”* (MERCA18: 59-61).

Se encontró que los profesionales de enfermería entrevistados disponían de un tiempo limitado para el cumplimiento de sus funciones, porque debían atender a las múltiples tareas asignadas: *“En estos lugares yo manejo el área de urgencias de hospitalización, pero también tengo delegadas muchas otras funciones, como la parte de salud pública y la epidemiología y, pues, las remisiones. Entonces uno no puede decir que está siempre al cuidado del paciente”* (MERCA18:64-68). Esta situación impidió que las acciones de cuidado y salud pública se pudieran realizar como es debido: *“El cuidado del profesional, que en este caso soy yo, básicamente son ocho horas diarias de trabajo más las horas de la noche, ¿sí? Además de eso, la capacidad del hospital no da para más”* (MERCA18:68-71).

#### **4.5.1.2 Categoría. Formación interprofesional**

Los profesionales de enfermería entrevistados indican que en las zonas de conflicto ejercen sus funciones en forma interdisciplinar, desarrollando acciones de cuidado y de salud pública: *“Esa interdisciplinariedad era muy positiva, porque todos*

*aprendíamos y todos ayudábamos a prestar el servicio de salud pública en un sitio tan lejano como es el Putumayo” (PULE10:105). Además, se determinó que los profesionales de enfermería, los profesionales de las otras disciplinas y las organizaciones gubernamentales fueron necesarios para la realización de acciones de salud pública con las víctimas del conflicto armado generando un abordaje conjunto.*

Por otro lado, se reconoce en los profesionales de enfermería entrevistados, un rol fundamental entre los profesionales de la salud, especialmente en las zonas de conflicto, al ofrecer un cuidado real y diferencial a la víctima en situaciones de urgencia, cuidado, tratamiento y rehabilitación. Se admite la importancia del papel interdisciplinar con otras profesiones para brindar una atención integral: *“La experiencia es que las víctimas del conflicto armado, llegan en condiciones bastante lamentables, y la vida de esa persona depende de la atención de enfermería. Y muchas veces se necesitan más personas de las que hay en un servicio para atender adecuadamente a estos pacientes” (BAR93: 95-98).*

#### **4.5.1.3 Categoría. Formación profesional en salud pública**

Se identificó que para algunos profesionales entrevistados, la formación profesional en salud pública recibida en la universidad durante su carrera, resultó útil en la práctica en las zonas de conflicto, debido a que contaron con las herramientas necesarias para hacer un abordaje integral de las víctimas, en relación con el manejo de enfermedades de interés en salud pública, violencia, trabajo comunitario, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de personas en condiciones críticas y conocimientos requeridos para los análisis estadísticos y los reportes epidemiológicos, entre otras funciones: *“Donde yo estudiaba me daban salud pública pero el enfoque era más de promoción y prevención ¿sí me hago entender? Entonces tomaban era esa parte, como la resolución 412, que es lo que tú aplicas y es lo que tú puedes ayudar, y es el conocimiento que tú tienes para ayudar a la comunidad” (UM2001:128-131).*

No obstante, en otros casos, los profesionales entrevistados manifestaron que el aprendizaje en salud pública no fue suficiente, debido a que la atención a las poblaciones víctimas de conflicto armado debía ser diferencial y ameritaba una preparación especial; por lo que lo aprendido en la universidad, aun cuando fue importante, no resultó suficiente. Esa falta de preparación se transformó en acciones

improvisadas, de manera que desarrollaron los conocimientos necesarios en salud pública a partir de la experiencia vivida en las zonas, *“pero no fue enseñado, fue por pura experiencia de lectura y conocimiento”* (BAR93: 73).

De la misma forma, se identificó que en sus prácticas académicas no se tuvieron en cuenta escenarios de ejercicio profesional más allá de los escenarios clínicos que permitieran el acompañamiento de la población en el contexto del conflicto, el manejo de ámbitos de violencia, la salud mental, la salud familiar y el aprovechamiento de los recursos ante situaciones de escasez, en razón a que las prácticas académicas fueron desarrolladas en hospitales y clínicas donde disponían de todos los recursos tecnológicos para la atención en salud a las personas: *“por ejemplo en Bogotá cuidar es relativamente fácil, porque hay infraestructura hay tecnología, hay recursos, pero en Putumayo no teníamos muchos recursos. Teníamos acceso a penas a medicamentos básicos”* (PULE10:90-92).

#### **4.5.1.4. Categoría. Ejercicio profesional de enfermería en salud pública en escenarios del conflicto**

Respecto al ejercicio de salud pública, los profesionales de enfermería en zonas de conflicto armado indicaron que cambia de un lugar a otro, es decir, no es lo mismo brindar cuidados en salud en una zona rural azotada por la violencia, que en las zonas urbanas, porque las necesidades de la población son diferentes y también la forma de disponer de los recursos: *“No es lo mismo que tú te sientes acá en la zona urbana, a una situación donde tú sabes que tienes los recursos, el apoyo de un familiar, de un amigo [mientras que] allá, que lo estás viviendo y que estás pensando en el peligro inminente de muerte”* (FLOCA85: 128-130). Los profesionales entrevistados realizaban múltiples funciones en variados campos de acción, como el área clínica de hospitalización, urgencias, cuidado de heridas, administración de medicamentos y apoyo de traslados en ambulancia. Además, en el área comunitaria prestaban apoyo familiar, cuidado en salud mental, organización, participación en brigadas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Este ejercicio profesional de enfermería en salud pública en zonas de conflicto permitió descubrir que los profesionales de enfermería entrevistados, asumieron funciones que no eran propias de su formación profesional, como la lectura de láminas

de bacteriología, el análisis e interpretación de datos epidemiológicos y la atención de partos complejos: *“Hice curso hasta de microscopia, para poder salir cuando no estaba la bacterióloga y, bueno, allá tenía que usar el microscopio y como no había ni luz, uno aprende a hacer la atención, a marchar y a leer las minutas y las laminillas para mirar las enfermedades”* (UM2001:110-113).

Así mismo, quedó en evidencia que en los escenarios del conflicto armado los profesionales de enfermería entrevistados realizan acciones enfocadas a la atención inicial de urgencias a pacientes heridos en los combates, traslado de víctimas a otros niveles de cuidado de mayor complejidad, asistencia a las familias víctimas del conflicto y gestión de brigadas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

#### **4.4.1.5 Categoría. Interculturalidad**

Las zonas de conflicto armado son escenarios pluriculturales, por lo que se destaca el ejercicio particular de los profesionales de enfermería entrevistados, a partir del reconocimiento de la diferencia y del respeto de la identidad cultural en el cuidado y la atención en salud. *“No es lo mismo que tú llegues a una zona afectada por el conflicto armado, donde vas a atender puros Guambianos [comunidad indígena del departamento del Cauca], a donde vas a atender comunidades afro o comunidades campesinas”* (CAU18: 177-18).

#### **4.4.1.6 Salud pública y posconflicto**

En el campo de la salud pública, los profesionales de enfermería entrevistados carecen de unas bases sólidas que les permita apoyar el proceso de posconflicto en lo referente a la salud mental de las víctimas o de su familia, pues no recibieron la capacitación adecuada en salud familiar, resolución de conflictos y salud mental: *“A la salud mental debemos ponerle más interés”* (CAU18: 221).

No obstante, se evidenció que los profesionales entrevistados acompañan los procesos de restauración y reparación a las víctimas y a sus familias, con programas de salud pública desarrollados en las zonas de posconflicto: *“Desde mi grupo de payasos hospitalarios, cuando vamos a estas brigadas, en lo que nos enfocamos primero [es en que] tenemos que propagar un virus llamado felicidad, donde ellos se den cuenta de las*

*grandes cosas que tienen en su territorio, que tal vez nosotros en la ciudad no las tenemos. Ellos son felices con pocas cosas y a veces no se dan cuenta, entonces es algo que se debe trabajar desde las instituciones de salud'* (CAU18: 84-86).

## 5. DISCUSION

Esta investigación permitió comprender las narrativas del profesional de enfermería sobre su experiencia de cuidado hacia las víctimas del conflicto armado y el ejercicio profesional de las competencias propias de salud pública.

Para la elaboración de este capítulo, se tomaron como referentes teóricos los consignados en el apartado de este documento denominado marco conceptual. Sin embargo, es importante aclarar que ante la diversidad interpretativa que arrojaron las narrativas, se da cuenta de otras posturas diferentes no contempladas inicialmente y que fue necesario incorporar como un hallazgo teórico y metodológico de esta investigación, con el fin de soportar conceptualmente los resultados evidenciados.

El análisis de las narrativas del profesional de enfermería desde otra perspectiva se presentó como una opción innovadora para el análisis del ejercicio y la formación de salud pública, porque se apartó de los análisis hegemónicos cuantitativos, a un enfoque cualitativo que permitió comprender la experiencia vivida por los profesionales en las zonas de conflicto armado. De esta forma, se logró conocer el contexto del profesional de enfermería inmerso en una realidad, en la cual su saber se desfigura y desde donde no solo las víctimas civiles del conflicto piden ser ayudados, sino que también el profesional requiere atención.

Las narrativas elaboradas por los entrevistados están acordes con la capacidad de los profesionales de enfermería para recordar los diferentes sucesos y experiencias vividas durante su proceso de trabajo con las víctimas del conflicto armado. Este aspecto no fue limitante para el desarrollo de la investigación, porque se evidencia —según el diseño metodológico propuesto— que se generó un ambiente de confianza, sin

presión alguna, en el que los profesionales de enfermería revivieron y relataron cada una de sus experiencias de cuidado a las víctimas del conflicto.

A continuación se presenta un análisis de la información, desarrollado en cinco momentos, en relación con los objetivos. En primer lugar, se hace referencia a las situaciones del cuidado del profesional de enfermería hacia las víctimas del conflicto armado según la temporalidad, la espacialidad, los hechos, el tipo de violencia, el tipo de víctima y el perpetrador, permitiendo ver el conflicto desde varios escenarios y su influencia en la forma como se da la salud pública y el cuidado a las víctimas. En segundo lugar, el significado del cuidado para el profesional de enfermería que atiende a víctimas del conflicto armado, este momento permite identificar cual es el significado que el profesional de enfermería asigna sobre el cuidado que da a las víctimas en cualquier escenario del conflicto armado. En un tercer momento, la experiencia del profesional de enfermería respecto al cuidado de las víctimas y las competencias de salud pública adquiridas durante su formación, analizando lo que significa su formación profesional en su ser, saber y quehacer y la forma como se da el cuidado y se aplican las competencias profesionales en la salud pública a las víctimas del conflicto armado. Luego se presenta el cuidado del profesional de enfermería con el direccionamiento y las funciones establecidas por la Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y restitución de tierras" donde el cuidado de las víctimas del conflicto llevada a cabo por el profesional de enfermería cuenta con un marco normativo definido. Por último, las variaciones del cuidado del profesional de enfermería y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública, la sección permite describir de manera detallada las experiencias de los profesionales de enfermería en el ejercicio de salud pública.

## **5.1 Situaciones del cuidado del profesional de enfermería hacia las víctimas del conflicto armado según la temporalidad, la espacialidad, los hechos, el tipo de violencia, el tipo de víctima y el perpetrador**

Las situaciones del cuidado del profesional de enfermería hacia las víctimas del conflicto están interpretados a la luz de las *temporalidades*, que se ocupan de la relación

entre el tiempo personal y el tiempo histórico de la situación del cuidado; las *espacialidades* que permiten identificar los lugares convertidos en escenarios del conflicto armado en las narrativas y los hechos, relacionados con el contexto del cuidado del profesional de enfermería y la salud pública en el conflicto armado

Las experiencias del profesional de enfermería respecto al cuidado a las víctimas del conflicto se concretan en dos *temporalidades* que marcan el sentido de los relatos y la forma como se da el significado al cuidado: La primera hace alusión al tiempo individual de cada profesional, es decir, a su experiencia profesional como indicador; en este caso muchos apenas inician el ejercicio profesional. El conflicto armado no influenció la experiencia de los profesionales, porque independientemente de si estaban cumpliendo o no con el servicio social obligatorio, el cuidado y la salud pública fueron concebidos de la misma manera por todos.

La segunda corresponde al tiempo histórico de la situación del cuidado; representado en el cuidado de las víctimas y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública que es afectado por los diferentes momentos del desarrollo del conflicto: cuando este crecía en intensidad, los profesionales percibían el ambiente de violencia a través de intimidaciones y amenazas. Este ambiente de tensión restringe el cuidado que se debe prestar; orientado el ejercicio profesional solo a lo curativo. Cuando el conflicto armado pierde fuerza, el cuidado se da con mayor libertad y autonomía; el miedo ya no está dado por la presión de los grupos armados, sino por las amenazas de los mismas víctimas que en su desesperación desatan acciones de intimidación en contra de los profesionales.

Respecto a las espacialidades, las regiones de conflicto armado son descritas como zonas de difícil acceso, en su mayoría alejadas de los cascos urbanos y de las grandes ciudades; además, presentan condiciones de pobreza y están fuera del control del Estado, lo que facilitó que los grupos armados tomaran el poder. Estos elementos que coinciden con la categorización propuesta por OCHA (2012-2013), identifica los territorios como volátiles, abandonados por el Estado y con índices de pobreza y que generan en la actualidad muchas de las protestas sociales

En relación con los *hechos*, el contexto del conflicto armado discurre con las acciones del Ejército Nacional que actúa en muchas ocasiones como perpetrador de

violencia, al ejercer presión sobre el equipo de salud con intimidaciones y acusaciones, juzgando a sus integrantes como auxiliares de los grupos armados ilegales. Adicionalmente, tanto las Autodefensas Unidas de Colombia -AUC-, como las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia<sup>1</sup> – FARC<sup>2</sup>-, las BACRIM, el Ejército de Liberación Nacional -ELN-, y los grupos del narcotráfico<sup>3</sup> son generadores de secuestros, amenazas, masacres, desplazamientos forzados, reclutamiento y violencia sexual contra las niñas y mujeres de las zonas y la comunidad indígena. Se registran como hechos el aumento de la violencia intrafamiliar, de los niños huérfanos y desprotegidos, al igual que del asesinato de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas y ladrones. De igual forma, se menciona que en la actualidad el Ejército de Liberación Nacional –ELN, continúa fortaleciendo su presencia en áreas que antes estaban bajo control de las FARC, generando terrorismo en la población más vulnerable. Es preciso mencionar que el enfoque narrativo interpretativo de la investigación, permitió conocer de fuente primaria, la experiencia de los profesionales que se desempeñaban en medio del conflicto y de la forma como se da el cuidado y la atención a las víctimas que han sufrido los rigores de la violencia.

Se conciben como víctimas del conflicto armado a las personas que han estado en medio del conflicto, sus familias, la comunidad y a toda la sociedad, incluyendo a los profesionales de salud que ejercen su profesión en estos escenarios; de igual forma, a los soldados que en muchos casos están en contra de su voluntad, a los combatientes de los grupos armados ilegales que, según los relatos, son personas que no han tenido más oportunidades en su vida; a todos los que han sufrido abusos y maltrato en contra de su voluntad; a las personas desplazadas que tuvieron que salir huyendo de sus hogares; a los niños, niñas y adolescentes que no han tenido la oportunidad de decidir;

---

<sup>1</sup> La desmovilización inició en el año 2002, al declarar un cese unilateral de hostilidades. El Congreso de la República aprobó la Ley 975 de 2005 que establece el procesamiento y sanción de los miembros de los grupos organizados al margen de la ley, así como la reparación integral a las víctimas. (Esquema\_Ley 975/2005\_Justicia\_Paz (1))

<sup>2</sup> El proceso de desmovilización se inició entre los años 2016 y 2017, con la firma del Acuerdo de Paz para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera. Existen actualmente frentes disidentes que no aceptaron desmovilizarse, entregar sus armas y hacer el tránsito hacia la vida legal.

<sup>3</sup> Las Bandas criminales activas, conformadas por agrupaciones de crimen y narcotráfico, que corresponden a modalidades de delincuencia organizada. El ELN, grupo guerrillero activo que está solicitando al gobierno un proceso de negociación de paz, aunque sin suspender las acciones armadas en el territorio

a las mujeres que son utilizadas como un objeto; a las personas que fueron asesinadas y el medio ambiente como otra víctima del conflicto armado de forma indirecta. Se trata de una víctima olvidada, que ha tenido que sufrir el impacto de la violencia a través del abandono de las tierras, la minería ilegal, la siembra de cultivos ilegales y la destrucción de amplias fajas de terreno. Esta problemática fue poco documentada antes de los acuerdos de paz con las FARC, porque ya en el posconflicto, la atención se centra en la restauración de los territorios. No obstante, estas consideraciones no han sido respetadas por los integrantes del ELN.

La víctima del conflicto es relacionada por el profesional de enfermería con el sufrimiento individual y colectivo de la población afectada por la violencia.

Este estudio permitió documentar que las narrativas permiten visibilizar con nitidez el problema de salud pública —de enorme impacto— respecto al daño generado a los grupos más vulnerables, como los niños y adolescentes, las víctimas en condición de discapacidad; los jóvenes que fueron reclutados y perdieron la vida en medio de los enfrentamientos, las niñas menores de edad y mujeres indígenas abusadas sexualmente y en estado de embarazo, sin ningún tipo de protección y garantía de salud.

Esta realidad exige que los profesionales de enfermería estén preparados para brindar el cuidado y desarrollar acciones de salud pública de acuerdo a un enfoque diferencial asertivo que tenga en cuenta las particularidades de cada población, atendiendo las desigualdades y brechas en salud existentes.

Los profesionales de enfermería que ejercen su profesión en zonas de conflicto armado se vieron inmersos en acciones de violencia, exponiéndolo a constantes peligros en contra de su integridad, generando en ellos sentimientos de miedo, angustia e incertidumbre. Así mismo, se presentaron complejos dilemas de cuidado en medio de los actores del conflicto por el temor de ser castigado desobedecer una orden ilícita o contraria a la ética. Es así que el profesional debe ser respetado y protegido, al igual que las víctimas que se están cuidando (CICR, 2013)

## **5.2 El significado del cuidado para el profesional de enfermería que atiende a víctimas del conflicto armado**

Las narrativas de los profesionales de enfermería desde el enfoque hermenéutico interpretativo, permitieron comprender el sentir de estos actores en el discurso narrativo que a través del relato de las experiencias vividas con las víctimas que atendieron, revelaron los significados de cuidado a las víctimas del conflicto armado, la vivencia, las dificultades, las soluciones y las construcciones propias de la profesión. Estas narrativas como lo refiere Briñez (2014) deben asumirse como un estudio diferente, destacable por su innovación y creatividad.

La propuesta de narrativa de Ricoeur, permitió en esta investigación dar sentido al cuidado, dado que narrar, es de las formas en las que el profesional de enfermería se reconoce en el mundo y da sus propios significados. Estas narrativas permitieron a los profesionales la opción de relatar su experiencia de cuidado, a través de sus sentidos y significado, en torno al cuidado de las víctimas del conflicto armado y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública. Abordar la experiencia vivida por las personas, cobra especial importancia en la medida que se comprende la experiencia de manera reflexiva, al buscar el significado de la misma, de manera rememorativa, no orientada a un solo momento sino a través del pasado vivido, que permite construir la experiencia del fenómeno de cuidado desde una mirada intersubjetiva, en la cual se tendrán en cuenta las múltiples realidades que dan sentido al mundo social en el que enfermería ejerce su profesión. Este enfoque, le permitió al profesional traspasar la interpretación de la experiencia de cuidado de ámbitos clínicos y enfermedad, a la interpretación y aproximación del cuidado a las realidades sociales del país.

El significado del cuidado para el profesional de enfermería desde la relación enfermería- víctima, reveló construcciones personales de las experiencias de cuidado y la forma de comunicación (Travelbee, 1996), donde el profesional es capaz de establecer una relación de empatía entre enfermería y la víctima del conflicto armado, permitiéndole a la víctima encontrar un significado sobre sufrimiento dado por el profesional de enfermería y, de esta manera, afrontar las circunstancias a través de la experiencia del cuidado.

El significado de la relación enfermería–víctima, evidencia que es una profesión sensible ante el sufrimiento de los demás. Como lo plantea Travelbee (1966), este sufrimiento es relativo, dado que el profesional lo percibe de forma diferente para cada víctima y le otorga un sentido al cuidado, haciéndolo único y diferencial. Ante contextos de violencia emergen sentimientos de simpatía y compasión, cuando el profesional comprende los sentimientos de las víctimas como refiere Travelbee (1966). Estos sentimientos se presentan en la medida en que el profesional puede reconocer a la víctima y logra la motivación de ayudar a esa víctima que sufre. La incertidumbre y el miedo, son sentimientos que difícilmente los puede relatar un profesional que no ha estado expuesto a estos entornos; como afirma Travelbee (1966), el dolor ocasionado por el conflicto armado, no es observable en sí mismo, porque su padecimiento está dado hacia lo mental, lo físico o lo espiritual.

Enfermería se ha concebido desde la historia como una profesión con alto sentido de responsabilidad humana y social, con unas personas que dignifican un ser humano que está dispuesto al servicio y cuidado de los otros. Esta perspectiva se fortalece con los resultados de esta investigación, debido a que se evidenció que a los profesionales en enfermería los animan sentimientos de amor por la profesión y sentido de pertenencia y apropiación de su ser y saber, cuyo único objetivo es contribuir a una vida digna y crear ambientes de cuidado donde la relación enfermería- víctima trascienda hacia una relación más personal como lo establece (Travelbee,1966).

En este orden de ideas, el significado de cuidado, se construye al contemplar y definir como “*paciente*” a las personas que producto de los combates y hostigamientos presentan una condición de salud crítica y requieren de una atención intrahospitalaria urgente, ya sea en el servicio de urgencias o en una ambulancia; considerando al paciente como una persona que tiene un dolor o sufrimiento que necesita recibir tratamiento y consuelo (Travelbee, 1966). Esta connotación cambia a “*víctimas del conflicto armado*” cuando el ejercicio profesional de enfermería se realiza fuera de la institución de salud, en actividades extramurales, se ejecutan brigadas de salud, se realiza una intervención en salud en los sitios de residencia de las víctimas, o se involucra a la familia en la participación de los programas de salud pública.

Dado que el cuidado es la esencia de la profesión, su fundamento y su razón de ser, si se diluye el enfoque humanista del cuidado, se perdería la esencia de la

profesión. Por lo tanto, ofrecer cuidado a las víctimas en las zonas de conflicto implica tomar decisiones para salvaguardar su vida otorgándole un sentido a la realidad en que se vive (Travelbee, 1996).

En cuanto a los significados de cuidado mediados por factores como la calidad y la disposición de recursos, es claro que existe una discusión entre los significados de cuidado adoptados por los profesionales de enfermería entrevistados. Por un lado, la concepción de que el cuidado a las víctimas en las regiones de conflicto armado no se puede dar con calidad, porque las condiciones no lo permiten, es decir, el cuidado depende integralmente de la disponibilidad de los recursos físicos, tecnológicos y humanos de cada región. Esta noción coincide con la afirmación de Durán & Ibarra (2006), en el sentido de que realmente el cuidado de enfermería está determinado por las condiciones de los sistemas de salud, por las mismas exigencias tecnológicas, administrativas y burocráticas que deben atender los profesionales. Estas circunstancias llevan a que el cuidado vaya perdiendo reconocimiento y no se dé integralmente como se requiere. Lo anterior, contrasta con lo expresado por otros profesionales de enfermería entrevistados, que interpretan que el dar un cuidado con calidad no depende únicamente de la disposición de recursos, sino de los conocimientos del profesional y la forma en que integre los conocimientos para darlo; esta calidad del cuidado, se encuentra definida por la habilidad para establecer la relación enfermería-persona mediante un conjunto de características, acciones y relación empática, para el logro o restauración de la salud del paciente, considerando su integralidad biopsicosocial, ofreciendo un servicio de acuerdo a sus necesidades más allá de lo que él espera (Lupaca,2013).

Enfermería se considera la única profesión capaz de proveer un cuidado real e integral a las personas, esta concepción es mucho más acentuada cuando se trata del cuidado a personas vulnerables como en el caso de las víctimas del conflicto. Esta posición no es del todo válida, porque aunque enfermería se define como la única profesión realmente creada para formar personas que proporcionen cuidado, esto no implica que las otras profesiones de la salud no lo hagan, tal vez no con la mismos referentes, pero si teniendo en cuenta que desde su competencia cada profesional contribuye para que se restaure la salud y la vida de las personas. Las diferencias estriban en que el cuidado de otros profesionales de salud se ofrece de una forma más alejada y teniendo en cuenta parámetros curativos; concentrándose más en el manejo de la enfermedad y no en considerar al ser humano en su integralidad.

El cuidado dado por el profesional de enfermería a las víctimas del conflicto se presta sin censuras, las víctimas son cuidadas de igual manera, sin importar su procedencia y su estructura social. Estos resultados coinciden con lo planteado por O'Connor (2017) quien menciona que entre las responsabilidades del profesional de enfermería se encuentra el mandato de cuidar a las dos partes sin prejuicios, dando testimonio del sufrimiento y fomentando la reconciliación.

Como parte de los hallazgos teóricos y metodológicos en relación con la teoría de cuidado en enfermería -sin desconocer el legado empírico y teórico del paradigma hegemónico del cuidado y sus formas tradicionales de interpretación de la práctica de enfermería-, se resalta la contribución de la necesidad de incluir un paradigma hermenéutico narrativo de cuidado, donde se pueda dar mayor énfasis a las experiencias relatadas del cuidado. Como lo refiere Ricoeur (1997), todas las experiencias del ser humano son vividas y relatadas y todo esfuerzo que quiera dar cuenta de lo humano tendrá que registrarse igual para dar sentido y comprensión al cuidado. Las experiencias de cuidado abordadas en esta investigación se presentan como relaciones que generan sentimientos frente al otro y permiten generar empatía al compartir experiencias significativas entre el profesional y la víctima (Travelbee, 1996). El profesional de enfermería también es importante para un proceso de cuidado, pues, es un relato que necesita ser leído, escuchado y comprendido en sus necesidades. De esta manera se logrará que el cuidado que otorga el enfermero esté centrado en el valor, la dignidad, las necesidades y derechos del sujeto destinatario del cuidado, y que la relación de enfermero-víctima, tome un verdadero sentido, para que esa persona y ese profesional se sientan cuidados.

El cuidado profesional que da enfermería a una víctima del conflicto armado no cambia en relación al cuidado que se da a una persona que no está en condición de víctima, dado que se tienen en cuenta los mismos principios científicos y disciplinares del cuidado, sin embargo, lo que varía, es la forma como se dan esos cuidados. Las víctimas están inmersas en un panorama de constantes vulneraciones del derecho a la salud y cargan con el peso de las secuelas de la violencia, sumado a esto, habitan en lugares desatendidos en aspectos como infraestructura en salud, tecnología, equipo médicos, ausencia de profesionales de salud calificados y están inmersos en modelos de salud pública poco estructurados hacia el mejoramiento de la calidad de vida. En estos escenarios se presenta la exigencia de que el profesional de enfermería sea

formado con más humanidad para que logre comprender el sufrimiento del otro; como lo refiere (Travelbee, 1996) trascender de una relación profesional a una relación personal, donde realmente se puedan identificar las necesidades de cuidado que tienen estas víctimas y evitar que se fraccione el cuidado, es decir, de forma interdisciplinar. Por su parte, las personas que no son consideradas víctimas del conflicto armado, reciben los cuidados del profesional de una forma más integral, contando con la disponibilidad de más recursos en salud y con la opción de trabajar con un equipo multidisciplinario que contribuyan al goce efectivo de la salud curativa.

### **5.3 Experiencia del profesional de enfermería respecto al cuidado de las víctimas y las competencias de salud pública adquiridas durante su formación**

De acuerdo con las competencias establecidas por la ley 266 de 1996 y los lineamientos de lineamientos para la formación profesional de enfermería de ACOFAEN (2014) y con los hallazgos de esta investigación, se evidencia que el profesional de enfermería reconoce el aporte de la formación profesional para la apropiación de competencias profesionales del ser, saber y hacer propias en el cuidado a las víctimas, dentro de su ejercicio profesional. Pero también queda de manifiesto que existen brechas entre lo que saben y lo que realmente hacen en las zonas de conflicto armado, dado que las narrativas dan cuenta de que su saber en el cuidado tuvo que ser fortalecido a través de las experiencias del ejercicio profesional.

Asimismo, los lineamientos propuestos por ACOFAEN, ratifican que es preciso que enfermería dentro de su ejercicio profesional, reconozca que el arte de enfermería, radica en la forma como se interpreten estos patrones en cada una de las situaciones de cuidado; Señalando que los profesionales deben relacionar la teoría y la práctica de la profesión, bajo modelos conceptuales estructurados y teorías de enfermería que se ocupen del estudio del fenómeno de interés de la disciplina. Según lo encontrado en esta investigación, los profesionales de enfermería entrevistados que cuidan a las víctimas del conflicto armado, no reconocen los principios de interpretación de patrones

de conocimiento en las situaciones de cuidado desde ejercicio profesional. Estas situaciones de cuidado se analizan a partir de métodos poco definidos y estructurados.

Los lineamientos propuestos por ACOFAEN, señalan que la salud pública debe abordada en enfermería desde el componente de promoción de la salud, con el propósito de dar a los profesionales la capacidad de reconocer y empoderar a los sujetos de cuidado como participantes de las decisiones relacionadas con la salud y en todo lo referente al desarrollo humano. Aspecto que según los hallazgos de esta investigación asumen los profesionales, definiendo que la salud pública hace referencia a todas las actividades extramurales de promoción de la salud que desarrollan en el cuidado a las víctimas.

Respecto a la formación profesional en salud pública, se evidencia que existe una controversia entre los profesionales de enfermería en relación con su formación profesional en salud pública. La formación impartida en esa disciplina resultó, para algunos, de mucha utilidad para ofrecer cuidado a las víctimas del conflicto; pero para otros, dicha enseñanza no fue útil porque obtuvieron su conocimiento a través de las experiencias vividas en las zonas de conflicto. Estos resultados son coherentes frente a los que proponen los lineamientos de formación profesional en salud pública, desde el componente de promoción de la salud ACOFAEN (2014), que refieren falta empoderamiento y apropiación para la enseñanza de la salud pública por parte de los programas curriculares de enfermería. Incluso estos resultados dan cuenta, de un lado, de que las instituciones de educación superior pueden no estar promoviendo la formación de acuerdo con las directrices establecidas, y de otro, que los egresados no están relacionando los contenidos aprendidos con su ejercicio profesional.

El profesional de enfermería en su ejercicio profesional del cuidado a las víctimas, interactúa y colabora con otras disciplinas, aportando una acción de cuidado desde sus competencias, con sujeción al espíritu de la Ley 266 del 1996 y el CIE, que definen que el profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, contribuyendo a la atención, el cuidado y la participación de la comunidad en la toma de decisiones. En relación con lo anterior, es necesario destacar que el profesional de enfermería no recibe en la gran mayoría de los casos, una formación interprofesional, entendida esta como el profesional que aprende colaborativamente dentro de su área y a través de otras

profesiones, a fin de obtener los conocimientos, habilidades y valores necesarios para trabajar con otros profesionales de la salud (CIHC, 2010) y por eso su enfoque está dado al trabajo en equipo desde el aporte de su saber, mas no, desde el enfoque de aprender con, para y sobre las otras profesiones con las que trabaja.

En consecuencia, se debe fortalecer la formación interprofesional de enfermería a través de la inclusión de aprendizajes que impliquen transformaciones colectivas en las acciones de salud, donde el profesional no solo las trabaje en equipo, sino que proponga aportes a su saber, desde otras áreas, para adoptar un nuevo paradigma en su formación, introduciendo otras formas de conocimiento. Es preciso puntualizar que la educación interprofesional es importante tanto para la población que se cuida, porque incrementa su bienestar y da continuidad en los cuidados prestados, como para el profesional, que experimenta una mayor satisfacción personal y laboral, mientras se mejora la eficiencia de los servicios de salud y se reducen los gastos inherentes. Estos factores respaldan lo que propone el PDSP para el desarrollo en la atención a las víctimas del conflicto armado sobre la preparación específica del talento humano en salud que pueda garantizar la atención en salud con enfoque diferencial.

Los profesionales de enfermería tienen en su formación aproximaciones teóricas antropológicas y de las ciencias sociales, que le permiten comprender los fenómenos que rodean a las víctimas del conflicto armado. Sin embargo, a través de los hallazgos de esta investigación se visibiliza que en su formación carecen de un acercamiento real a un enfoque intercultural, como lo mencionan los lineamientos de incorporación en este sentido, establecidos en los procesos de formación del talento humano en salud.

Según los relatos, la formación profesional no fue homogénea, pues mientras algunos adquirieron fortalezas en el área asistencial, otros accedieron a más herramientas en salud pública y otros a conocimientos en salud mental. Por lo tanto, al momento de atender a las víctimas se visibilizaron estas diferencias, generando dificultades para el ejercicio profesional, dado que en muchas ocasiones, lo profesionales no sabían abordar los casos que se presentaban.

Colombia es un país marcado por más de 50 años de violencia que aún persiste; en este contexto, los profesionales de enfermería terminan su formación y se dirigen a las áreas rurales sintiéndose vulnerables para cumplir con el servicio social obligatorio, con conocimientos muy limitados en cuanto a la atención integral a las víctimas,

resolución de conflictos, abordaje de salud mental y familiar y carentes de habilidades para realizar su ejercicio profesional bajo presión, incluso poniendo en riesgo hasta la vida. Por lo tanto, este estudio permite justificar los lineamientos que propone ACOFAEN (2014), en cuanto al replanteamiento desde la académica del componente de salud pública, incorporando el cuidado de la salud en el contexto de la problemática social colombiana, a la educación en salud y el desarrollado de competencias en participación política y toma de decisiones.

En cuanto a los lineamientos de enfermería para la formación profesional en salud mental, los profesionales anhelan que estén direccionados hacia la promoción de este tópico, que debe incluir prácticas de autocuidado, manejo de crisis y procesos de manejo del duelo. Sin olvidar que los problemas de salud mental derivados de la violencia por el conflicto armado son de notorio impacto en la salud pública en el país.

Por otra parte, para contribuir con el abordaje de salud familiar a las víctimas del conflicto, se hace necesario que desde las políticas públicas, se proponga que el profesional reconozca a la familia de las víctimas como potenciales redes de apoyo y que en ellas centre el cuidado referido a acciones promocionales, preventivas y de autocuidado, mitigando los daños e involucrarlas en el proceso de restauración y reparación.

El comité de promoción de la salud de ACOFAEN, propone que se desarrolle en los programas de formación en enfermería, el enfoque de género desde el PDSP 2012-2021, con el propósito enfatizar en la participación equitativa entre hombres y mujeres en las actividades relacionadas con el cuidado. No obstante, en esta investigación no se contempló, esta acepción y tuvo en cuenta el enfoque diferencial, según el PDSP, porque permite a los profesionales de enfermería reconocer inclusión de las víctimas como población vulnerable como sujeto de cuidado.

#### **5.4 Cuidado del profesional de enfermería con el direccionamiento y las funciones establecidas por la Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y restitución de tierras"**

Los profesionales de enfermería con la promulgación de la ley 1448 de 2011, tienen un papel importante en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud de

las víctimas del conflicto. A través del programa PAPSIVI, establecido por esta ley, el profesional de enfermería da soporte a las labores de administración y articulación del programa y sus intervenciones, así como la administración de información para el monitoreo y seguimiento del protocolo con competencias en intervenciones psicosocial de baja y mediana intensidad.

De igual forma, se definen acciones específicas en el ejercicio del profesional de enfermería en el cuidado a las víctimas del conflicto armado y acorde con los hallazgos de las narrativas aunque los profesionales manifiestan no conocer la ley y las funciones propias de su profesión, las realizan como parte de su ejercicio profesional, apoyando el plan de cuidado de las personas y sus familias, brindando educación en los derechos y deberes de la víctima, liderando las actividades de promoción y mantenimiento para cada persona de acuerdo a su curso de vida y ciclo vital e identificando los factores de riesgo y de terminantes proximales de la salud para el individuo y su grupo familiar. Sin embargo, también dentro de las funciones establecidas, las narrativas describen la necesidad de realizar tamización de alternación de salud mental y la valoración de enfermería de la persona víctima del conflicto armado desde un enfoque integral psicosocial, formulando un diagnóstico de enfermería, sobre condiciones físicas o mentales de las víctimas. Para lo cual, los profesionales de enfermería entrevistados, refieren tener debilidades en el cuidado y la atención en salud mental, así como desconocimiento de las políticas públicas, en cuanto a los programas y protocolos vigentes para atención en salud de las víctimas.

Es necesario mencionar que, aunque esta investigación partió del interés de la ley 1448 de 2011, en el actualidad existe un Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, que dio origen a la etapa denominada posconflicto. En este acuerdo se menciona a la salud y la garantía del derecho primordial para todos los excombatientes y se contempla la posible implementación de un Plan Nacional de Salud Rural, que tendría como objetivo a largo plazo cerrar las brechas, para poder crear un enfoque de salud pública que impacte positivamente a los ciudadanos, enfatizando especialmente en la prevención.

En el escenario del posconflicto esperanzador para el profesional de enfermería, se identificó la necesidad de plantear un modelo de salud pública en las regiones de conflicto armado que responda a las necesidades de salud de las personas

en condición de vulnerabilidad como son las víctimas del conflicto armado, aspecto que también lo retoma el Acuerdo final y lo establece con la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (Acuerdo Final para la paz, 2016). Los resultados de esta investigación están acordes con la propuesta de desarrollo social en salud, dado que se identificó la necesidad de que en la salud pública se dé un desarrollo en las zonas rurales dispersas y de difícil acceso, con el fin de que la población reciba atención en salud, sin presentar barreras geográficas.

Por otro lado, una de las necesidades más sentidas de los profesionales de enfermería entrevistados fue la falta de tecnología y equipos médicos para el cuidado de las víctimas en estas zonas de conflicto, aspecto que contempla el Acuerdo Final, que pretende una adopción de nuevas tecnologías y equipos médicos, que respondan a las necesidades de esta población. Los profesionales de enfermería entrevistados recomiendan estar más cualificados para la atención de población en condiciones de vulnerabilidad incluyendo a las víctimas del conflicto armado, aspecto también contemplado por el acuerdo final, donde se proyecta que cada región cuente con los profesionales de salud preparados para la atención y el cuidado de esta población.

Sin embargo, hasta el momento, en el marco del conflicto armado y el posconflicto con las FARC, no se han definido políticas públicas específicas que garanticen la integridad de los profesionales de salud, especialmente de enfermería en las zonas de conflicto armado, de igual manera no se tienen estipulados protocolos de atención en salud mental para los profesionales de salud (enfermería), que al igual que las víctimas requieren atención y cuidado. Solo se sugiere dentro de los nuevos lineamientos de atención a las víctimas, tener profesionales de salud cualificados en la atención de personas vulnerables.

## **5.5 Variaciones del cuidado del profesional de enfermería y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública en el conflicto armado**

La variación se concibe como el cambio en la situación de cuidado de las víctimas y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública, influenciados por los diferentes escenarios del conflicto armado, como la atención intrahospitalaria y la extramural.

Existen diferentes formas de concebir la salud pública en el ejercicio profesional, de acuerdo con las condiciones y necesidades particulares donde se realice la formación educativa; de manera que para los profesionales de enfermería que han atendido a víctimas de conflicto armado, la salud pública se establece bajo diferentes interpretaciones, de acuerdo con las funciones aprendidas que incluyen la revisión de protocolos y de reportes epidemiológicos, las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y su relación con la disponibilidad o no de servicios públicos.

En esta investigación se evidenció que los profesionales de enfermería reconocen los campos de acción en los que pueden fundamentar su profesión en el ejercicio de salud pública. No obstante, para el profesional de enfermería no existe una concepción precisa sobre lo que es la salud pública y sus funciones; en muchos casos se desempeñan en múltiples actividades, e improvisando sobre el cuidado y la atención. El estudio ratifica la afirmación de la OPS (2001) acerca de que el profesional de enfermería no cuenta con todas las competencias necesarias para prestar los servicios esenciales de salud pública. Cabe mencionar que el Consejo Internacional de Enfermeras -CIE- y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería -ACOFAEN- (2014) trabajan sobre lineamientos de formación profesional en salud pública que disminuyen estas brechas y forman a los profesionales en las nuevas políticas, con adecuación a los cambios en salud de las poblaciones.

Los profesionales de enfermería entrevistados, interpretan que el ejercicio de la salud pública está dado desde una atención diferencial a cada una de las víctimas, los cuidados no se pueden generalizar, porque cada víctima tiene una necesidad diferente que debe ser cubierta de manera distinta. El profesional de enfermería reconoce la diferencia y respeta la identidad cultural en el cuidado y la atención en salud. De esta forma va construyendo un modelo de salud incluyente y diferencial, que da respuesta a la realidad de esas regiones y fortalezca el enfoque diferencial propuesto en el PDSP 2012-2021. Sin embargo, este fortalecimiento no se ha logrado en su plenitud, dado que generar respuestas integradoras e integrales hacia un enfoque diferencial con las poblaciones vulnerables, se convierte en todo un desafío para las políticas públicas, porque se requiere alcanzar mejores condiciones laborales y de atención en salud, en condiciones de equidad que superen las vulneraciones. Así mismo, se debe exigir que continúen articuladas las políticas públicas en salud y que existan estrategias concretas

para dar plena garantía de los derechos a los profesionales de enfermería, para que realicen su ejercicio profesional sin presiones desarrollando su máximo potencial.

Por otro parte, los determinantes sociales de la salud tienen influencia directa sobre las situaciones de cuidado y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública en las zonas de conflicto, debido a que las víctimas son consideradas como personas vulneradas con necesidades diferentes, no solo por su condición de niños, mujeres, adultos mayores y en situación de discapacidad, sino porque las condiciones sociales en que viven los hacen ser diferentes y diversos, convirtiéndolos en grupos aún más vulnerables. En esas condiciones de vulneración de los derechos humanos, las comunidades no acceden a tratamientos médicos, ni cuentan con servicios públicos esenciales, carecen del servicio de energía eléctrica y alcantarillado. A todo esto se suman los problemas generados por las economías ilegales, como la siembra de cultivos ilícitos y la minería ilegal que llevan a situaciones de escasez de alimentos para la población más vulnerable.

Estos resultados guardan relación con lo que refiere el PDSP 2012-2021, donde el enfoque diferencial propone que enfermería dentro de su ejercicio profesional en salud pública, visibilice vulnerabilidades y vulneraciones específicas de las víctimas, identifique los riesgos y desarrolle herramientas para dar soluciones de cuidado reales y oportunas. Los resultados de esta investigación coinciden además, en que las características de las zonas de conflicto armado intervienen en la salud, en las condiciones sociales en que viven y se desarrollan las víctimas, y en la forma como el profesional de enfermería brinda el cuidado y la salud pública. Por esto, los hallazgos de esta investigación narrativa pueden ser incorporados en las políticas públicas propuestas por el gobierno como el PDSP, generando estrategias para reducir las desigualdades injustas y evitables de estos grupos sociales y territorios vulnerables e impactar estas circunstancias.

El ejercicio profesional de enfermería en salud pública, se ve coartado por barreras de acceso territoriales que implican que los tratamientos a las víctimas no se presten oportunamente por tratarse de zonas muy dispersas y alejadas de las instituciones de salud que carecen de recursos tecnológicos y financieros, al igual que de talento humano suficiente para dar atención a las víctimas en las zonas rurales alejadas. Lo encontrado limita la atención primaria en salud integral, que debe ser

accesible a todos; dado que en la actualidad se ofrece fraccionada y selectiva, de acuerdo con las condiciones de salud de los afectados. Por lo tanto las políticas de salud del Estado, deben fomentar estrategias para la optimización en el manejo de los recursos dirigidos a la protección de la salud de poblaciones vulnerables y aumentar esfuerzos para prevenir y superar los riesgos de esta población. Otro aspecto que se debe tener en cuenta, relativo a las barreras territoriales, es el que revela la investigación, que coincide con lo que establece el PDSP, al resaltar la falta de acceso a la atención en salud en las poblaciones rurales y dispersas como las zonas del conflicto armado.

A su vez, las barreras de acceso humanas se concretan en la manera como los grupos armados por medio de amenazas, ejercen presión sobre los profesionales de enfermería; ellos definen en qué momento pueden las víctimas acceder o no a los servicios de salud. Lo hallado no coincide con lo que se plantea en las políticas públicas, pues estas documentan siempre barreras de acceso por condiciones económicas y sociodemográficas que impiden la atención en salud; pero no contemplan factores tales cómo lograr el acceso y la atención cuando los grupos armados legales e ilegales, presionan y profieren amenazas, y terminan definiendo las condiciones de la atención de salud para la población.

El profesional de enfermería en las zonas de conflicto identifica debilidades frente a tipo de orientación de su ejercicio profesional para dar cuidado a las niñas y adolescentes, compañeras sentimentales de miembros de los grupos ilegales en muchos casos en estado de embarazo, sin protección, ni acceso a los servicio de salud.

A pesar de referir debilidades en el ejercicio profesional de enfermería en salud pública y enfrentarse a circunstancias de riesgo, los profesionales de enfermería realizaron su ejercicio profesional procurando el bienestar de todas las víctimas, en muchos casos poniendo en riesgo su propia vida. Estos resultados concuerdan con los del estudio de Walsh (2010) descritos en los antecedentes, donde se presenta la capacidad de los profesionales en enfermería para atender las necesidades del conflicto armado y sobrevivir ante situaciones exigentes. Los hallazgos de esta investigación apuntan, al igual que las políticas públicas, a que se adopte la protección necesaria que demanda la salud, de las poblaciones laborales vulnerables.

Por otro lado, la salud mental es uno de los enfoques que debe abordarse en el proceso de atención a las víctimas, a las familias y a la comunidad, ya que esta exposición a episodios de violencia genera problemas emocionales y sociales de impacto para la salud pública. Aquí coinciden los resultados de esta investigación con el enfoque dado a las actuales políticas de salud del país. Aunque los profesionales de enfermería tienen debilidades en abordar la salud mental en el posconflicto, consolidan programas de salud pública para abordar esta problemática porque les permite realizar acompañamiento a las víctimas y contribuir con la reducción de la carga de enfermedad del país.

El profesional debe transitar del paradigma salud-enfermedad enfocado en el cuidado curativo y el cuidado de la enfermedad de las víctimas, dada su condición de vulnerabilidad y su necesidad de ser curadas. Donde se ve a las personas como enfermos sujetos de su cuidado, que requieren cuidados concretos para su tratamiento, en momentos determinados para sanar su enfermedad y ayudarlos que vivan más tiempo. En este escenario y sin desconocer que el profesional de enfermería está capacitado para dar cuidado a personas sanas y enfermas, es ineludible que se vea a la persona a través de un cuidado promocional, velando para que las personas y sus familias obtengan y gocen de la mejor calidad de vida posible, con el empoderamiento para que asuman un mayor control sobre su propia vida y trasciendan hacia un paradigma vida-salud, que se convierte en el eje central que articula los sistemas de salud. Desde este enfoque, las víctimas pueden recobrar la participación en su proceso de salud, para asegurarse de alcanzar las mejores condiciones de vida, logrando una mejor capacidad productiva, estabilidad laboral y progreso social, además, el desarrollo de condiciones de equidad y bienestar. Es el caso de las víctimas que son atendidas porque sus procesos de salud-enfermedad así lo requieren y su atención moviliza recursos económicos, físicos y humanos. Lo contrario sucede con las víctimas que no padecen enfermedades producto del conflicto, en cuyo caso la atención está limitada solo a las brigadas de salud, porque en su condición de personas “sanas”, no la necesitan.

## 6. Conclusiones

El enfoque cualitativo hermenéutico, narrativo-interpretativo, se presenta como una opción innovadora para el análisis del cuidado de enfermería, ya que, permitió comprender la experiencia de los profesionales y conocer a través de las narraciones, la realidad del conflicto, a través de las vivencias del cuidado hacia las víctimas de un conflicto, que no pidieron vivir. De igual manera, el diseño metodológico de las narrativas permitió un abordaje innovador y creativo para comprender el ejercicio de la salud pública y los fenómenos de salud, desde la experiencia y el punto de vista de los profesionales.

*En las situaciones del cuidado del profesional de enfermería hacia las víctimas del conflicto armado según la temporalidad, la espacialidad, los hechos, el tipo de violencia, el tipo de víctima y el perpetrador, los profesionales de enfermería consideran víctima del conflicto armado a la población que está en medio el conflicto, incluyendo a todo el equipo de salud que atiende a las víctimas. Concretamente se reconocen como víctimas por ser actores presentes en el conflicto, que han sufrido consecuencias y afectaciones, como la pérdida de autonomía profesional.*

Una vez el conflicto armado pierde fuerza, los profesionales de enfermería ejercen su profesión sin restricciones, sin intimidaciones, ni amenazas y brinda atención en salud a con el cuidado a la salud de las víctimas y es valorado por su apoyo por las víctimas. Los grupos armados ilegales y legales presentes en las zonas de conflicto armado son los principales perpetradores de violencia contra toda la población; ellos vulneran los derechos de las víctimas, en la que se incluye la vulneración de derechos civiles y profesionales de enfermería. Las acciones de violencia como hostigamientos, bombardeos, amenazas, ajustes de cuentas, desplazamiento y extorsiones, vivieron

los profesionales de enfermería en medio del conflicto armado; sin que esto impidiera que cumplieran con su labor. Ellos estuvieron sujetos a restricciones de su libertad, como toques de queda y limitaciones para movilizarse dentro de la misma región. Incluso en momentos que no estaban dentro de su ejercicio profesional.

Como consecuencia del conflicto armado, los profesionales de enfermería proporcionan cuidado a casos de violencia sexual en niños, niñas y mujeres de las zonas, violencia intrafamiliar y problemas de drogadicción, casos que no era fácil de atender, especialmente en la población indígena.

*En el significado del cuidado para el profesional de enfermería que atiende a víctimas del conflicto* emerge una teoría que evidencia la relación entre enfermería y la víctima del conflicto armado, se constituye en una experiencia de cuidado, dado que estas experiencias se enmarcan en los postulados de enfermería, de las víctimas del conflicto armado y la de sus familiares.

El cuidado a las víctimas del conflicto armado, le permitió al profesional de enfermería desarrollar su ser, sensibilizarlo y conectarlo con su faceta más humana, estableciendo una relación entre enfermería-víctima, que trasciende más allá de lo profesional, entendiendo el sufrimiento del otro, los de la víctima y sus familiares.

El modelo de relaciones entre seres humanos propuesto por Joyce Travelbee, fue útil para revelar la importancia de las experiencias de la relación de cuidado entre enfermería-víctima, donde ambos actores son consideradas como seres únicos, insertos en un contexto de conflicto, que le brinda una particularidad a esta relación intersubjetiva y a sus significados.

Para el profesional de enfermería el cuidado es concebido como la razón de existir de la profesión, como una experiencia de vida que refleja la necesidad real de las víctimas del conflicto armado, y que tiene por finalidad, concebir a cada víctima como única y diferente, respetando su identidad cultural y dándole un sentido y significado como persona. De tal forma que se empodera y adquiere la resiliencia para continuar como gerente de su propia vida.

El cuidado a las víctimas del conflicto, promovió en el profesional de enfermería la oportunidad de adquirir nuevos aprendizajes, a incursionar en el desarrollo de actividades junto a otras disciplinas, para lograr enriquecimiento de saberes y contribuir

al entendimiento y redefinición del cuidado de las necesidades reales de las víctimas. Sin embargo, se hace necesario que para la formación educativa en enfermería se construyan estrategias para una formación interprofesional, donde no solo se aporte a la práctica desde sus fundamentos, sino que se integren los conocimientos con otras disciplinas para el beneficio del cuidado de las víctimas, de acuerdo con las nuevas tendencias en salud del país.

El cuidado del profesional de enfermería a las víctimas, es afectado por barreras humanas, geográficas, de infraestructura y tecnología; que limitan el actuar hacia lo curativo, sin tener en cuenta la diferencia y la vulnerabilidad. No obstante, el significado de cuidado para el profesional de enfermería en zonas de conflicto armado no cambia, lo que si se varía es la forma como se aplica ese cuidado, determinado por las condiciones de los sistemas de salud propios de estas regiones dispersas y desatendidas, y por las mismas exigencias administrativas que deben atender los profesionales

El cuidado profesional que da enfermería a una víctima del conflicto armado en regiones vulnerables es similar en relación con el cuidado que se da a una persona que no está en condición de vulnerabilidad, es decir, se tienen en cuenta los mismos principios científicos y disciplinares del cuidado. Aunque, si cambia la forma de aplicación de esos cuidados, ya que está restringido a la disposición de recursos y por los sentimientos de miedo e intimidación.

En los escenarios del conflicto armado, los profesionales de enfermería realizan acciones enfocadas hacia el cuidado y la atención inicial de urgencias surgidas de los combates, traslado de víctimas a otros niveles de cuidado de mayor complejidad, asistencia a las familias víctimas del conflicto y gestión de brigadas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Los profesionales de enfermería sitúan el cuidado bajo enfoques y referentes de teóricos, lo que les permite orientar su ejercicio profesional a describir y explicar el significado y la experiencia de cuidado a las víctimas del conflicto armado.

*En la experiencia del profesional de enfermería respecto al cuidado de las víctimas y las competencias de salud pública adquiridas durante su formación, enfermería asume*

el reto de integrar su componente teórico de cuidado y salud pública con la práctica en su ejercicio profesional, acudiendo a nuevos aprendizajes basados en métodos empíricos. El profesional de enfermería en el cuidado a las víctimas del conflicto armado desarrolla competencias de salud pública para generar procesos de transformación en la salud, donde las víctimas participan activamente de la toma de decisiones sobre su salud.

Existen debilidades en la formación académica de los profesionales en el área de la salud mental y salud familiar, específicamente en el manejo de crisis, resolución de conflictos, proceso de manejo del duelo y reconocimiento de la familia como red de apoyo. Desde estas perspectivas, los profesionales de enfermería deben desde la académica estar preparados para enfrentarse a las adversidades y condiciones laborales que el país ofrece y prepararse para comprender e intervenir los fenómenos de salud que se presenten.

La formación profesional de enfermería en salud pública, resultó útil en el ejercicio del cuidado profesional dado a las víctimas del conflicto armado, ya que aportó las herramientas necesarias para un abordaje integral, en el manejo de enfermedades de interés en salud pública, violencia, trabajo comunitario, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención de personas en condiciones críticas. Aunque en otras situaciones del conflicto, el profesional de enfermería recurre a acciones improvisadas, desarrollando conocimientos a partir de la experiencia vivida con el cuidado a las víctimas.

La formación de los profesionales de enfermería entrevistados no fue homogénea, mientras algunos exponen fortalezas en el área asistencial, o mejores herramientas en salud pública específicamente en el área de promoción de la salud, lo que permitió que se desempeñaran dentro de escenarios del conflicto armado y asumieran las múltiples funciones que tenían asignadas.

*El cuidado del profesional de enfermería con el direccionamiento y las funciones establecidas por la Ley 1448 de 2011 "Ley de víctimas y restitución de tierras" esta direccionado a la contribución con la reparación de vida de las víctimas, con la promoción de la salud, el bienestar, y la garantía al acceso equitativo a los servicios de salud con enfoque integral y diferencial.*

El profesional de enfermería une esfuerzos para mejorar de calidad de vida, el bienestar de las víctimas, así como participa en el manejo de los duelos normales y los sufrimientos. De esta manera, es significativa la participación de los profesionales de enfermería en los programas de atención en la salud integral de las víctimas del conflicto armado en el país, tanto desde su formulación, como en su ejecución.

Este profesional orienta su cuidado hacia la formulación e implementación de programas de salud pública para involucrar a la población víctima del conflicto, al dotarla de herramientas para su desempeño y reincorporación en la sociedad. Lo anterior, evidencia debilidades en la perspectiva de cuidado y la atención en salud mental y desconocimiento de las políticas públicas, en cuanto a los programas y protocolos vigentes para atención en salud de las víctimas.

Los resultados de la investigación responden a los lineamientos del acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, puesto que se identifica la necesidad del abordaje de la salud pública desde las zonas rurales dispersas y de difícil acceso, donde todas las personas reciban atención en salud, sin presentar ningún tipo de barrera geográfica, así como la orientación de un modelo de salud pública en las regiones de conflicto armado que responda a las necesidades de salud de las personas en condición de vulnerabilidad.

*En las variaciones del cuidado del profesional de enfermería y el ejercicio profesional de enfermería en salud pública en el conflicto armado, se interpreta que la salud pública se ejerce desde una atención diferencial a cada una de las víctimas, los cuidados no se pueden generalizar, cada situación de cuidado es diferente.*

El profesional de enfermería en relación con su ejercicio profesional de enfermería en salud pública, proyecta el cuidado hacia una perspectiva de desarrollo humano, no solo desde el cuidado individual, sino desde el sentido colectivo, asumiendo la salud como el compromiso de empoderar a las víctimas y sus familias, en el mejoramiento de las condiciones de vida.

La comunicación se identificó como un desafío para el ejercicio profesional de enfermería en salud pública, producto de la diversidad cultural, de costumbres y lenguajes desconocidos para los profesionales, como el caso de las lenguas indígenas.

El cuidado del profesional de enfermería en relación con su ejercicio profesional en salud pública en el conflicto armado, se ven influenciadas por las representaciones propias de la violencia, donde se reconocen los campos de acción en los que puede basar su profesión en salud pública, pero no es clara la concepción sobre lo que es la salud pública y las funciones específicas que deben realizar.

La salud pública para el profesional de enfermería en las zonas de conflicto armado, está condicionada por los determinantes sociales de la salud, la distribución de recursos, disponibilidad de infraestructura, tecnología y a la cualificación de los profesionales. Las acciones de salud pública para el profesional de enfermería en el conflicto armado, se conciben, por un lado hacia la atención intrahospitalaria, cuidados de heridas y traumas, traslados en ambulancias, remisiones, reportes epidemiológicos, entrega tratamientos médicos a los pacientes con enfermedades tropicales, y, por otro lado, la salud pública extramural, la relacionada con las brigadas de salud de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a las víctimas y sus familias. Direccionado hacia el cumplimiento de múltiples funciones y con tiempos limitados para su realización. En este contexto el ejercicio profesional de enfermería en salud pública, identifica a las niñas, niños, adolescentes y mujeres, como la población más desprotegida y vulnerable del conflicto armado.

## 7. Recomendaciones

En relación con los fundamentos epistemológicos de la profesión de enfermería, se considera necesario incluir el paradigma hermenéutico que permita a través de las narrativas interpretar la experiencia del cuidado en el desarrollo de la profesión, privilegiando la interacción persona/enfermedad recobrando protagonismo y la voz de los profesionales.

La salud pública debe ser contemplada como elemento fundamental de la formación profesional e integrase con los componentes prácticos acorde con el contexto de la región que enmarca el ejercicio, enfocando el estudio hacia el cuidado y a la atención de poblaciones vulnerables con enfoque diferencial; lo anterior desde los de la promoción de la salud, para transformar los escenarios de enseñanza -aprendizaje que responda a los nuevos paradigmas de salud. Los hallazgos de esta investigación pueden ser utilizados como punto de referencia metodológico para el desarrollo de otras investigaciones que tengan como propósito la interpretación de los fenómenos de salud pública y el abordaje de la salud desde el ser, a partir de las experiencias vividas.

Así mismo, se requiere que en la formación profesional propuesta desde las universidades, se propenda el desarrollo de competencias relacionadas con el ser, el hacer y el saber del profesional de enfermería en el contexto del conflicto, la interculturalidad, el enfoque diferencial. Reforzando la formación interprofesional en salud pública, incluyendo los retos y las demandas en salud de la población, proponiendo que los currículos de enfermería y las estrategias de enseñanza/aprendizaje no sean fragmentados y descoordinados entre las competencias y las necesidades de la población. Los profesionales de enfermería participantes en el estudio, proponen estrategias que promuevan desde la formación, la apropiación del

enfoque de salud mental, específicamente realizando fortalecimiento en la promoción, tratamiento y rehabilitación de la salud mental de las víctimas, así también en la resolución de conflictos.

En relación con las políticas públicas y el compromiso estatal, se considera necesario que se implementen políticas públicas de formación de talento humano en salud, orientadas a mejorar las condiciones laborales para los profesionales de enfermería que están ejerciendo su profesión en regiones dispersas y de difícil acceso.

Finalmente, se sugiere dentro de las políticas públicas de salud para el posconflicto, se plantee una ruta de atención integral específica para el manejo de las víctimas del conflicto, incluyendo a los profesionales de salud afectados por el conflicto armado. El profesional de enfermería también es importante para un proceso de cuidado, pues, es un relato que necesita ser leído, escuchado y comprendido en sus necesidades.

## A.Anexo: Narrativa – FLOCA85

*En Florencia Caquetá, de 1985 a 1987. Fueron tres años, porque yo estuve en la toma guerrillera y luego estuve cuando enviaron los tanques. La experiencia en el Caquetá, fue atender a las personas como si fuera lo común de cualquier enfermo, o sea, ellas asistían al hospital como si fuera un enfermo, una herida bala era lo mismo que atender una lesión por arma blanca, con la diferencia que una era producto del conflicto armado, como si había una mina, la persona se hacía una amputación, llegaba amputada por la mina. Y si otra persona llegaba con una amputación por un machetazo por una pelea, pues se manejaba igual. Ahí no había distinción de “este es del conflicto armado y este no” no, simplemente se atendía igual.*

*Nosotros los atendíamos, había un médico general, le estoy hablando de urgencias, un médico de planta, digámoslo así, el rural, las auxiliares y yo. se le trataba de solucionar su problema y luego se remitía dependiendo de la gravedad, a Neiva o a Bogotá. Casi siempre se remitía a Neiva. Si era un soldado y venía de la base aérea de tres esquinas o de esas zonas, lo dirigían inmediatamente en helicóptero al hospital militar, pero los que estaban cerca de Florencia, primero pasaban por el hospital y luego ya los mandaban en el helicóptero y los trasladaban a Bogotá. Era la única diferencia, pero de esto, el común de la gente se manejaba igual, como si fuera la misma herida de un machetazo en una pelea a la herida de una mina.*

*Yo estuve en urgencias, tuve la oportunidad de ir a San Vicente del Caguán, pero íbamos en esa época a hacer la parte de prevención y promoción, o sea, íbamos allá a vacunar.*

*Si, hacía actividades extramurales. Entonces yo tenía mi puesto dentro del hospital y afuera tocaba hacer las cosas, entonces nos rotábamos las enfermeras. La rural era la que tenía que cobijar la mayor parte de esas rutas, entonces ir a San Vicente del Caguán, ir a Cartagena del Chaira, dependiendo donde fuera la jornada. Entonces se hacía PYP (promoción y prevención).*

*Para mí, cualquier persona que está inmersa dentro del contexto que hay, dentro de ese ambiente es víctima del conflicto armado. O sea, cualquier persona, puede ser la familia de acá, que no tiene que ver con soldados ni guerrilla ni nada, pero está viviendo en el medio. Entonces por ejemplo, el que vivía... lo digo por el Caquetá, el que vivía cerca a Montañitas estaba viviendo el conflicto, porque estaba por un lado el comando, y a dos kilómetros había un puesto de guerrilla. Entonces todo el mundo estaba inmerso en el conflicto, quisiera o no, estaba ahí en el conflicto, porque en cualquier momento iba por la carretera y lo paraba la guerrilla, lo requisaba y hacía lo que tenía que hacer, y a cinco kilómetros lo paraba el ejército. Y se vivía eso siempre, era muy común. Entonces todo el que estuviera en ese entorno, estaba viviendo el conflicto armado*

*Sí. Nosotros vivimos una situación, que estábamos en urgencias y un día se entró la guerrilla, y el médico se escondió y se metió debajo de la cama, y ellos llegaron con un*

herido. Entonces estábamos las auxiliares y yo, y a mí me tocó con las auxiliares limpiar, suturar, hacerle la curación, y el ejército estaba ahí afuera de urgencias, y ellos periódicamente entraban y daban vueltas. Entonces estaba el ejército y nosotras adentro con los guerrilleros, entonces ese día me dio mucho miedo, porque hubo un momento en que el ejército empezó a golpear, porque necesitaba hacer la ronda, y los guerrilleros estaban ahí. Eso implicaba muchas cosas, porque primero: cuando yo empecé, me decían que si yo atendía un guerrillero, entonces estaba en contra del gobierno y de todos, que yo no debía atender guerrilla, pero yo estudié enfermería para salvar vidas y dar cuidado.

Entonces en ese momento sentí mucho miedo, al fin nos tocó abrir, nos despeinamos, la auxiliar me dijo “despéñese jefe y hágase la dormida” y cuando ya abrimos, ellos dijeron “¿Qué les pasó? ¿Por qué no abrían?” y ellos entraron, y los guerrilleros no se habían podido ir, el consultorio estaba lleno de sangre. Y la auxiliar dijo “¿Quieren tinto? Voy a poner a hacer tinto” y ellos dijeron que bueno. Entraron a hacer el recorrido y pasaron a hacer el recorrido y el consultorio estaba limpiecito, ellos alcanzaron a limpiarlo, entonces ellos no vieron nada raro. Se salieron, y tan pronto se salieron nosotros fuimos a ver qué pasaba, y ellos estaban escondidos detrás de la puerta del baño. Entonces ese día yo sentí mucho temor, porque more todo lo que me hubiera podido pasar.

A los pocos días yo llegue a mi casa y encontré un costal con comida. Había plátano, yuca, había tomates, porque hacia poquito ellos habían volado una de las carreteras, entonces estábamos teniendo dificultad para conseguir la comida, especialmente verduras porque venían de otras partes, como de Neiva. Entonces al poner ellos cosas en la carretera, se colapsaba Florencia y no había como entrar eso. Y a mí eso me asusto más, porque pensé, saben dónde vivo y todo. Porque ese regalo fue de ellos (los guerrilleros) por la atención.

Después de eso tuvimos otro encuentro con ellos, y fuimos a uno de esos recorridos y estábamos en Belén, entramos a una tienda a pedir una gaseosa o algo y ellos nos mandaron unas cervezas, y nosotras dijimos “no, gracias, que vamos a trabajar” pero nos dijeron que las recibiéramos, porque ese era julanito de tal, que a ellos no les podíamos decir que no. Y me tocó hacerlo ¿sí? Ese tipo de cosas lo hacían sentir a uno como un riesgo, y me daba un poco de temor, que de pronto uno metiera la pata, que uno fuera solo y digiera que no, y va uno y los molesta.

Lo que le enseñan a uno en la universidad es lo ideal y ya en la vida uno se da cuenta que lo ideal no puede ser en ese tipo de regiones. Yo aprendí a suturar porque yo hice urgencias y quemados, pero que a mi dentro de mi formación no me enseñaron nunca a suturar, lo sé porque como hice urgencias y quemados pues pude hacerlo.

Lo que era heridas y eso, también fue por mi propia cuenta, pero que en la universidad como tal “mire así se trata una herida, la limpieza y las curaciones se hacen así” no. Nosotros nos dejaban más bien como al libre albedrío. Nos daban la teoría, no íbamos a práctica, y dependiendo de lo que nos tocara no iba bien o nos iba mal, o sea, como

*siempre, eso no es problema de la universidad, eso es problema de la docencia y de pronto problema del estudiante si no busca las oportunidades de aprender.*

*Entonces que diga yo “todo lo que me dieron me sirvió” no, también tuve que aprender sobre la marcha. Porque no es lo mismo la teoría que le dicen a uno “usted tiene que cabecera la vena, porque si no la cabecea va a hacer una hemorragia, y eso se le hace un hematoma y eso hay que amputar” a ya vivirlo allá. Entonces uno empieza a acordarse de la teoría, de cabecera la venita, y mirar cual es la venita, porque en la realidad a nosotros no nos dan eso. Una de las personas que a mí me ayudó mucho fue un auxiliar de enfermería.*

*La universidad tenía algo malo, que con el tiempo de pronto lo superaron, a nosotros nos prohibían preguntarles a los auxiliares, e inclusive tratarnos con los auxiliares, porque nos metían en la cabeza que nosotros éramos jefes, y que ellas era menos que nosotros, entonces nosotros no podíamos preguntarles a ellas. En mi época subestimaban al auxiliar, cuando ahora vemos que el auxiliar a uno lo puede ayudar y dar apoyo en unas cosas, porque ella tiene la habilidad y la experticia. Puede que haga las cosas mecánicamente, pero ella lo puede a uno ayudar en la fundamentación la teórica. En cambio a nosotros no nos enseñaban eso, por el contrario, si nos llegaban a ver con un auxiliar nos bajaban la nota.*

*La salud pública que me dieron a mí fue urbana. Mi salud pública fue orientada a la parte de hacer diagnósticos, hacer los censos, pero que me hayan dicho “la vida va a ser así en una zona de conflicto” no, es más, cuando uno solicita el rural, la universidad le daba a uno el apoyo, pero tampoco le daban las herramientas para ir a zona de conflicto, porque es muy diferente a la ciudad. La universidad, hablo de mi época, no daba esas herramientas.*

*En la parte de salud mental, era donde de pronto manejaban un poco las situaciones diferentes, es decir, lo fortalecían a uno para desastres pero no para zona de conflicto. Entonces es así como por la salud mental que tuvimos, fue el apoyo para lo de Armero, aunque para muchos fue muy traumático, pero lo que estábamos viviendo en salud mental, ayudó para fortalecernos y que no fuera ser tan traumático ver lo que vivimos. Si a una persona tenían que amputarla, porque no había como hacerle la cirugía, pero uno veía que sin la cirugía se podía salvar esa pierna, pero como no había el recurso, y había era volumen, entonces las dos o tres horas que se iban a demorar en esa cirugía, con eso podían atender diez pacientes. Entonces era mejor amputar.*

*Entonces eso era lo que nos dieron a nosotros, nos fortalecieron en salud mental, pero que hayamos visto o nos hayan orientado para el conflicto armado no.*

*Yo creo que nosotros (enfermeros) nos deberíamos preparar más para las zonas de conflicto. Sobre todo porque las víctimas casi siempre son mujeres, niños y personas vulnerables. Entonces el personal médico, no tiene tanto esa orientación hacia el cuidado como lo tiene enfermería. Entonces nosotros deberíamos fortalecer en ese aspecto, porque nosotros somos más asistenciales, y dentro de nuestra formación nos*

*dan elementos y herramientas que podíamos optimizar para dar apoyo en situaciones de conflicto, a personas vulnerables. La vulnerabilidad e ellos es una vulnerabilidad diferente a la de otros, y pienso que podríamos fortalecer eso.*

*Pienso que la academia, dentro de salud mental, podría fortalecer esa parte del conflicto, peor visto desde la perspectiva de allá, no de acá en lo urbano. Porque lo urbano es muy diferente a vivirlo allá. Lo que pasa es que son muy pocos los que quieren ir a hacer rural, prefieren hacer urbano. Y como ya no hay, prefieren que les den el papelito del paz y salvo.*

*Pues cuando yo lo viví, me limitaba a su curación, a que no se fuera a infectar, a suministrarle los medicamentos. Pero así directamente el cuidado como lo estamos dando hoy en día no se daba. No lo hice. La oportunidad puede que si la tuviéramos, era muy poquito el tiempo pero uno puede ayudar en un momento dado.*

*Lo que pasa es que lo veía uno desde otra óptica, ya ahorita mi formación es mayor, tengo otro tipo de estudio, me he fortalecido en otra tipo de áreas. En esa época yo era una rural y como rural pues no lo veía desde ese tipo de vista del cuidado, no lo hacía con la minucia que lo hace uno hoy en día, no. Puede ser que los egresados de hoy en día lo estén haciendo, me imagino que la orientación hacia el cuidado ha cambiado y se ha fortalecido.*

*La prueba de eso es que la Universidad tiene muchas líneas de cuidado y muchas personas expertas en cuidado. Entonces sí creo que la universidad en este momento lo da.*

*El cuidado deben ser igual en cualquier parte, sea aquí o sea allá, pero hay un componente que lo cambia, y es el miedo. Porque no es lo mismo que tú te sientes acá en la zona urbana a una situación donde tú sabes que tienes los recursos, el apoyo de un familiar, de un amigo, a allá, que lo estás viviendo y que estás pensando en el peligro inminente de muerte. En un momento dado, tú si lo haces mal te pueden matar, te pueden secuestrar ¿sí?*

*Entonces hay unos factores, entre ellos el miedo, y entonces no se aplica igual, porque tú lo haces bajo presión "si tú lo haces mal, este me mata" Entonces eso hace que el escenario sea diferente. Porque uno no tiene la seguridad ni la protección, sino en ese momento uno esta desvalido, a lo que ellos quieran, y lo que ellos quieran es complicado, porque muchas veces piden cosas que uno no está en capacidades de hacerlo, y ahí puede haber las retaliaciones, que es lo que uno piensa en su momento. Si a mí me llega un señor agresivo a urgencias, y estoy en la ciudad, yo lo paro, porque me siento empoderada de que alguien me está respaldando. Pero a mí me llega un guerrillero ¿a mi quien me respalda?*

*Entonces es el miedo, el miedo no deja que uno pueda actuar igual, y pueda dar el cuidado igual. No debería ser así, peor el miedo es un factor que impide que no lo haga adecuadamente, porque está siempre uno autoevaluándose si lo está haciendo bien, si*

*lo tengo que hacer mejor, o si lo tengo que hacer bien para que yo no corra riesgo y no esté en peligro. Esa es mi situación a mi modo de ver. El cuidado se puede dar en cualquier parte, lo que pasa es que ese factor si influye.*

## **B. Anexo: Narrativa – PULE10**

*Yo realicé mi rural comenzando en diciembre de 2011 y terminé en el años de 2012, en Yo viví seis meses en el municipio de Puerto Leguízamo en Putumayo, eso fue entre 2009 y 2010. Allí trabajé para un hospital de segundo nivel de atención del estado, era público. El hospital queda en la Armada Nacional de Colombia. Ese Hospital solo presta servicios para personas de la armada nacional, pero también para la población civil. Entonces teníamos pacientes de todo lado.*

*La experiencia fue como que particular, porque como te explicaba antes, la mayoría de nuestros usuarios eran infantes de marina, capitanes de fragata, oficiales y suboficiales de la armada. Y ellos iban más por patologías agudas o procesos crónicos, pero en muy poquito porcentaje como por secuelas del mismo conflicto, como heridas de guerra, eso era muy escaso. Y también personal civil, venía muy poquito, y era por esas causas, la mayoría era para vacunación, para crecimiento y desarrollo, o por valoración médica, o por accidentes, porque en ese municipio ocurren muchos accidentes, sobre todo de tránsito.*

*Digamos que en esa época el conflicto no estaba desescalado como hoy en día, entre 2008 y 2010, esa zona del bajo Putumayo era una zona de influencia guerrillera, sobre todo frentes de las FARC. Y en esa época, estaba la política estatal de reinserción, y de esta política, que no me acuerdo el nombre, pero que funcionaba que los que se reinsertaban funcionaban como informantes, con protección del estado. Entonces algo que si pasaba allá ocasionalmente, era que los guerrilleros se desmovilizaban y empezaban su tarea de informantes. Y las FARC, cuando se daban cuenta que estaban de soplones, los mandaban a matar, entonces en una o dos ocasiones nos llegaron personas guerrilleros que se han desertado con heridas de arma de fuego.*

*Y ellos decían en el ingreso eso, que les habían disparado por haber desertado y por estar de soplones. De esos dos, uno falleció, porque lo reanimamos, y cuando lo enviamos a la unidad de cuidado intensivo allá murió, y otro si sobrevivió, eso por el lado de los grupos al margen de la ley.*

*Y por parte del estado, solo tuvimos un caso de un infante de marina que cometió actos de suicidio, se disparó con el fusil de dotación e ingreso al servicio de emergencias con trauma craneoencefálico por impacto de bala, y el si por más que lo tratamos no*

*podimos y trató falleciendo. Pero digamos que él no murió por acciones de combate, sino por un acto suicida. Una de las secuelas del conflicto en esa época era la depresión y las crisis de ansiedad, y por eso decidió suicidarse. Pero aparte de esos tres casos no tuve más.*

*Pues es más o menos el que ya te describí, ese es un municipio que es rural, es una cabecera municipal, pero eso es solo selva. En Puerto Leguísimo y Putumayo, delimita con el río del Putumayo, enfrente está Brasil y al otro costado está el Perú. Y es la única cabecera municipal como en cinco o seis kilómetros a la redonda. Entonces nosotros estábamos seguros solo ahí en el municipio, porque nos protegía el ejército y la policía. Pero si salíamos del municipio, corríamos como personal de salud el riesgo de que nos secuestraran.*

*Entonces nosotros vivíamos con la zozobra de que en cualquier momento algo malo iba a pasar, por lo que estábamos tan expuestos. Ese era un poquito el escenario como que se vivía. Y en esa época, la gente del municipio no hablaba, por lo que había tanto miedo por el conflicto mismo, la gente no hablaba de política, no hablaba de bandos, porque allí todos somos iguales. Guerrilleros e infantería de marina todos éramos lo mismo, entonces no hablaban para evitar el conflicto entre la gente que vivía ahí.*

*Solo una vez sentí miedo, porque nos llamaron a recoger un paciente en la ambulancia, y era a las afueras del pueblo. Y entonces en esa época solo habíamos tres enfermeros jefes, dos mujeres y yo, una colega de la nacional y otra colega de javeriana. Entonces ellas tenían mucho miedo y yo también, pero digamos que no tanto miedo como ellas, y el señor que iba manejando que era un infante de marina, un suboficial de la armada perdón, él era muy bueno manejando, entonces yo confiaba en él.*

*Entonces nos fuimos, la misión era recoger a una paciente a 15 minutos del pueblo y devolvernos en la ambulancia, pero como nos tenían amenazados, pues ahí sentí miedo, a que en cualquier momento nos paraban la ambulancia y nos bajarán, pero afortunadamente no pasó nada, fuimos y volvimos. Eso sí hubo quejas, fuimos lo más rápido y sin frenar, yo me acuerdo que el conductor de la ambulancia aceleró y le metió, y no frenamos en todo el camino ni de para allá ni de para acá, como para no dar papaya. Pero solo en ese momento sí sentí miedo.*

*Para mí las víctimas son todos aquellos que han estado expuestos a las partes en conflicto, sin importar a que parte pertenezcan, ya sea del estado o de las fuerzas al margen de la ley o de la población civil.*

*Para mi víctima son todos, inclusive los que hoy llamamos victimarios. Hay mucha gente de las FARC que los pintan que fueron ellos los que hicieron daño, y en realidad a ellos también les hicieron daño, porque se sabía que muchas de las personas reclutadas fueron a la fuerza, contra su voluntad, y eran sujetos de abusos, de maltrato de vejámenes. Entonces víctimas para mí son prácticamente todos.*

*Pues si te soy sincero pues más o menos. Porque yo cuando estudié enfermería en la nacional, aspectos sobre resolución de conflictos casi no nos enseñaron. Y del conflicto armado colombiano, uno más o menos sabía pero por las electivas o por las cátedras. Pero no todos los estudiantes teníamos acceso a las mismas cátedras o a las mismas electivas. Más o menos sabía porque estaba informado.*

*Y algo que si me sirvió cuando yo estaba en la universidad nacional, el último año de carrera hice la línea de salud mental en hospital general. Y mis profes de salud mental eran muy pilos todos, y me enseñaron sobre cómo manejar situaciones de estrés, de ansiedad, toda la parte de la salud mental como se afecta en el conflicto, entonces eso me sirvió. Por ejemplo mi otra amiga que hizo el rural conmigo, ella hizo la línea de cuidado crítico, entonces ella por ejemplo todo el tema de resolución de conflicto, de estrés, de ansiedad, ella casi eso no lo podía controlar. Entonces tuvimos formaciones distintas a pesar de estar en la misma universidad.*

*si me fue útil, yo no le cambiaría nada pero si le adicionaría algo, por ejemplo, cuando yo llegue al Putumayo, allá a nosotros a los enfermeros rurales nos hacían rotar entre urgencias, hospitalización y pyp (promoción y prevención), que ahora llaman pyd (promoción y desarrollo), y en esa rotación de pyp era la que más duro me daba a mí, porque imagínate que nosotros en el primer año de enfermería, era cuando a uno le enseñaban todo lo de vacunas, todo lo de citología, pero esos conocimientos estaban muy aislados. Como en todas las universidades, a uno lo forman por ciclo vital, y meten lo que sea de promoción de la salud lo meten por ahí por los laditos.*

*Entonces cuando rote por promoción y prevención había cosas que no me acordaba, por ejemplo de los métodos de planificación. Había muchas cosas que yo sabía cómo lo básico, pero en detalle no. También lo de la cadena de frío, si me lo enseñaron por alguna razón no quedó bien proyectado y no me acordaba bien como se hacía. Entonces si le agregaría más énfasis en lo técnico, porque en la universidad le enseñan a uno lo teórico, pero ya como se hace, a uno no se lo enseñan bien.*

*Yo pienso que es diferente, porque hay factores sociales y culturales que lo hacen diversos ¿sí? Por ejemplo en Bogotá cuidar es relativamente fácil, porque hay infraestructura hay tecnología, hay recursos, pero en Putumayo no teníamos muchos recursos. Teníamos acceso a penas a medicamentos básicos, en tecnología lo más avanzado que teníamos era una máquina de rayos x portátil, aparte de eso no había nada. Había un ecógrafo pero no prendía, había un quirófano pero pequeñito, no teníamos casi nada instrumental, había una máquina de esterilizar de vapor húmedo, pero solo se podía esterilizar lo pequeñito. Entonces esos factores hacen que el cuidado sea diferente en un municipio y en una ciudad.*

*Si es necesario pero de manera interdisciplinar. Cuando yo trabajé allá, los enfermeros éramos muy importantes, pero solos no podíamos con todos, necesitábamos mucho de los médicos. Donde trabajé que era un hospital de segunda, éramos enfermería, medicina, había una fonoaudióloga, había los bacteriólogos, había una terapeuta ocupacional y los odontólogos. Ese era el equipo de salud, y entre todos hacíamos*

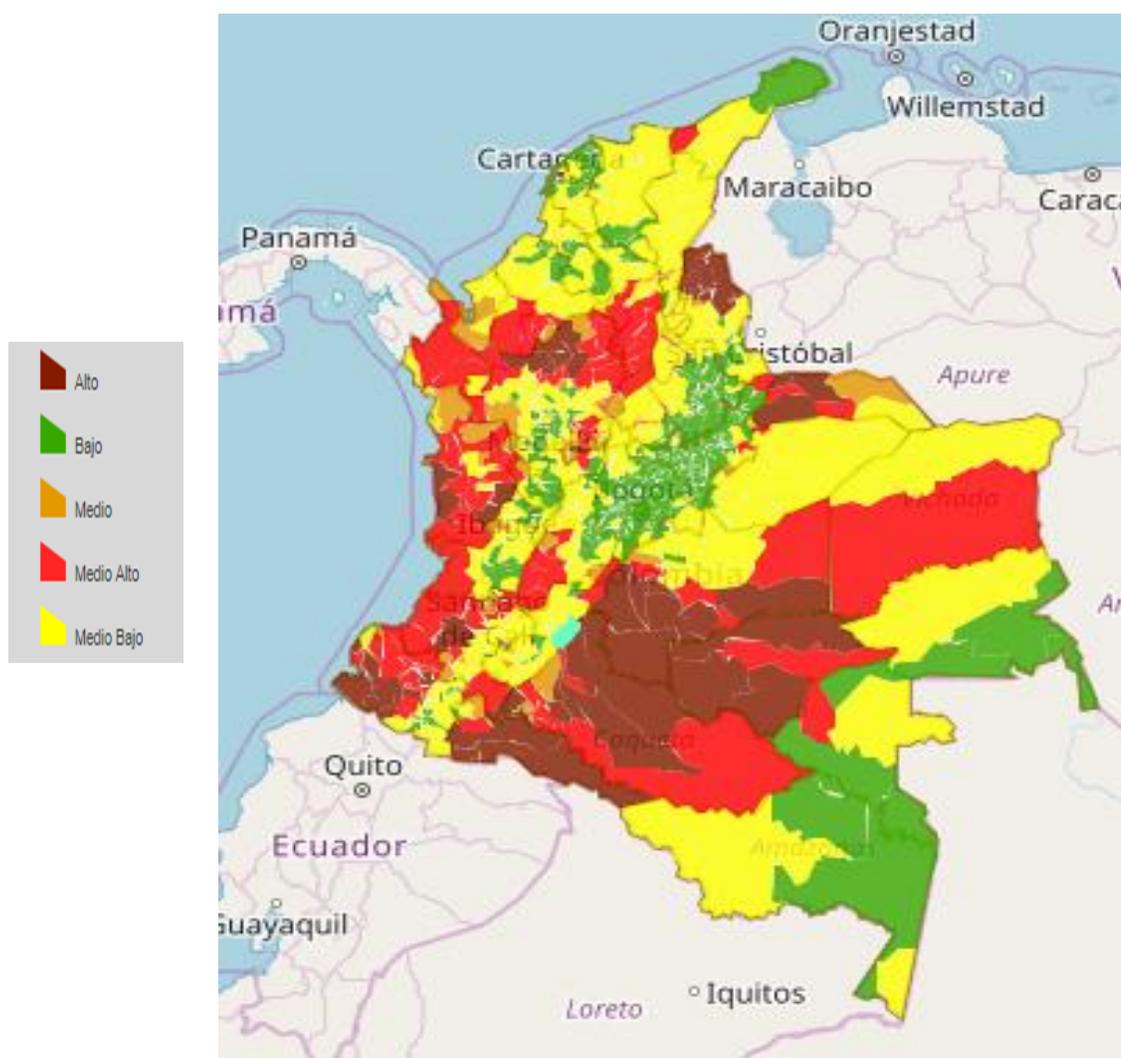
*funcionar el hospital, las consultas, las citas, la hospitalización, inclusive hacíamos brigadas de cirugía ambulatoria, y era súper chévere, porque participaban los otros colegas de otras profesiones, los odontólogos, los bacteriólogos, que normalmente no operan.*

*Entonces esa interdisciplinariedad era muy positiva, porque todos aprendíamos y todos ayudábamos a prestar el servicio de salud pública en un sitio tan lejano como es el Putumayo.*

*si te soy franco solo esa, porque después de que terminé el rural que fueron seis meses, yo me regresé a Bogotá y trabajé en hospitales de tercero y cuarto nivel, y como docente en varias universidades, y no volví a zonas de conflicto. Esa fue mi única oportunidad, yo después supe que el Putumayo cambio muchísimo, por el tema de los acuerdos y de que las FARC se desmovilizaron.*

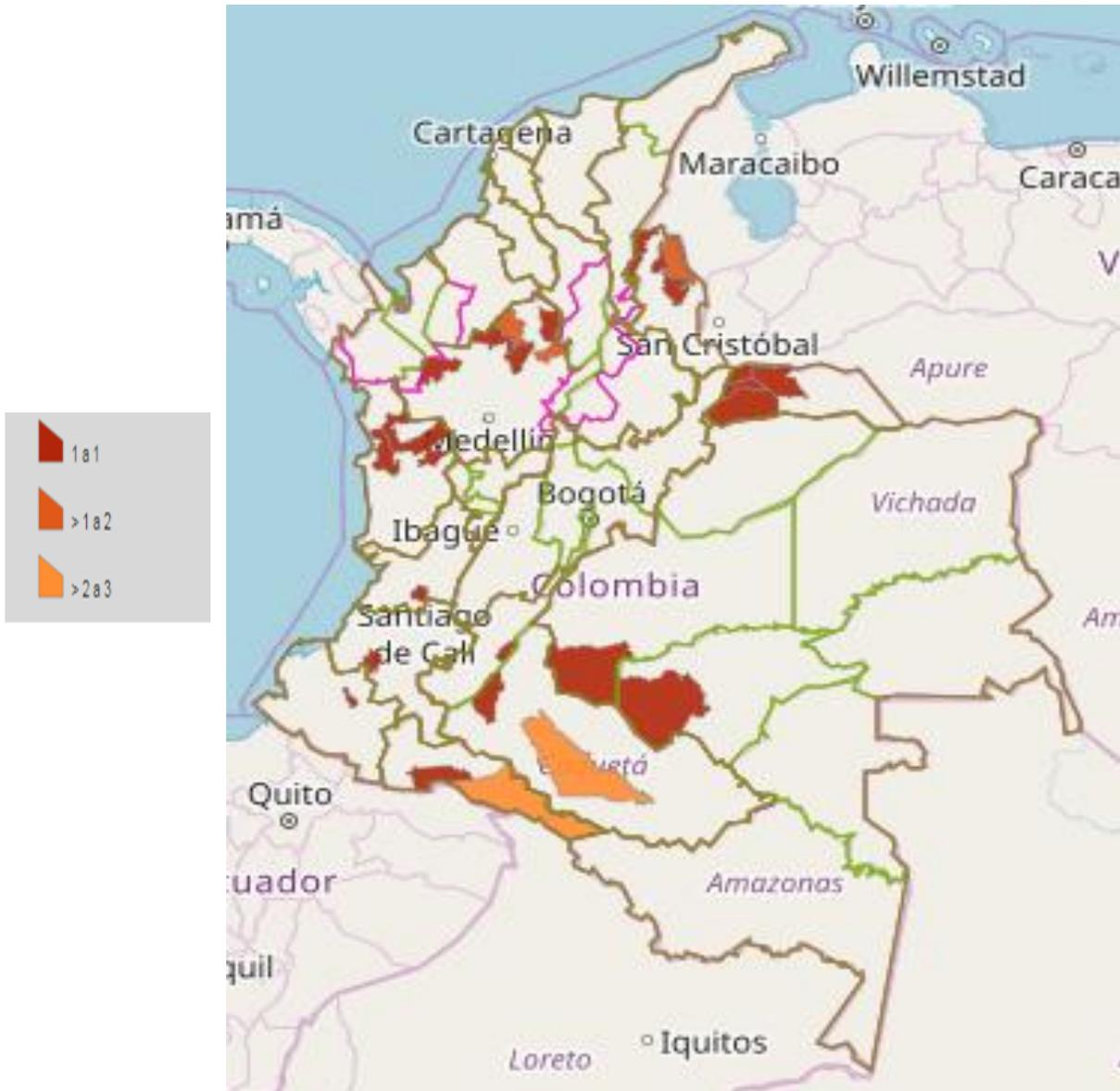
*Entonces sí sé que le municipio cambio mucho, pero la pobreza que antes no se conocía por la misma violencia, ahora si es más visible. Porque hay gente muy pobre sin recursos, y lo que alcanza a llegar del estado, de Bogotá, es insuficiente para tantas necesidades que hay allá. Cuando yo vivía en el Putumayo parte de las acciones las hacían la gobernación y la alcaldía, y la otra parte la hacía la armada, y un porcentaje lo hacen ONGs, sobretodo la iglesia y fundaciones, como por ejemplo médicos sin fronteras y operación sonrisa. ONGs de ese tipo trabajan muy fuerte en esas zonas tan remotas. Si no fuera por las ONGs sería muy difícil que las personas tuvieran bienestar.*

## C.Anexo: Acto Terrorista / Atentado / Combate / Enfrentamiento / Hostigamiento. Año 2018.



Fuente: Unidad De Víctimas. Disponible en: <http://vgv.unidadvictimas.gov.co/>

## D. Anexo. Vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados. Año 2018.



Fuente: Unidad De Víctimas. Disponible en: <http://vgv.unidadvictimas.gov.co/>

# Bibliografía

- ACNUR-Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados (2018). Países en guerra actualmente en 2018. Disponible en: <https://eacnur.org/blog/paises-en-guerra-actualmente-en-2018/>
- ACOFAEN. (2016). Propuesta de desarrollo 3 objetivo estratégico: Consolidar la relación del contexto de la Educación Superior con la formación en. Bogotá: ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERIA.
- Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier; 2015.
- Álvarez, C. (2016). Narrativas sobre salud mental en profesionales de la salud que han tenido a su cargo la atención a víctimas del conflicto armado. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina.
- Arias, B. (2013). Care and social suffering: nursing within contexts of political violence. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31 (1), 1-10.
- Arias, D., Núñez, N., Almeida, N & Tonini, T (2015). Imaginarios de la educación en salud pública en enfermería. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 33(2), 152-160.
- Asociación Colombiana de Salud Pública. (2018). Inicio. Recuperado de <https://www.saludpublicacolombia.org/>
- Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN). (2018). Quiénes somos. Recuperado de <http://www.acofaen.org.co/>
- Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC). (2018) Identidad. Reseña Histórica de la ANEC. Recuperado de <http://www.anec.org.co/>
- Báez, F., Nava, V., Ramos, L. & Medina, O. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*, 9 (2), 127-134.

- Banco Mundial (2018). Base de datos de Estadísticas de homicidios internacionales de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/VC.IHR.PSRC.P5>
- Baranyi, S. (2006) Centro de Investigación para la Paz (CIP-FUHEM). Disponible en: <http://www.nsi-ins.ca/english/pdf/CONFLICTOS-11S.pdf>.
- Benz, W y Graml, H. (2002). Los problemas mundiales entre los dos bloques de poder. Siglo XXI. Madrid.
- Bernal, C. (2010). Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales (3 Ed). Bogotá, Colombia: Prentice Hall.
- Blanco, M. (2011). Investigación narrativa: una forma de generación de conocimientos. *Argumentos*, 24(67), 135-156.
- Boff L. (2002). El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la tierra. Madrid, España: Trotta.
- Calderón, R. J. (2016). Etapas del conflicto armado en Colombia: hacia el posconflicto. *Latinoamérica. Revista de Estudios Latinoamericanos*, (62), 227-257.
- Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(4), 212-217.
- Cárdenas-Becerril, L. (2010). Cuidado Profesional de Enfermería. México D.F: Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería - FEMAFE.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1 (1), 13-24.
- Carrasco, M. C. & Márquez, M. (2009). Las personas portadoras de estomas: La narrativa y los cuidados humanizados. *Índex de Enfermería*, 18 (4), 1-9.
- Carrió, S. & Janson, J. (2013). Habilidades narrativas para el cuidado de la salud en Enfermería: una experiencia de facilitación de la comprensión del otro. *Revista Hospital Italiano de Buenos Aires*, 33 (2), 65-67.

- Carrión, F. & Espín, J. (2009). Un lenguaje colectivo en construcción: el diagnóstico de la violencia. Quito, Ecuador: Flacso.
- Ceballos, P. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería*, XVI (1): 31-35.
- Centro Nacional de Memoria Histórica (2018). ¡BASTA YA! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Recuperado de [http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/capitulos/basta-ya-cap1\\_30-109.pdf](http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/capitulos/basta-ya-cap1_30-109.pdf)
- Chinn, P. & Kramer, M. (2008). *Theory and Knowledge Development in Nursing*. St. Louis, USA: Elsevier Mosby.
- CLADEM (2007): Monitoreo sobre violencia sexual en conflicto armado en Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú. Disponible en: [http://www.americalatinagenera.org/es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=905&pub\\_id=1946](http://www.americalatinagenera.org/es/index.php?option=com_content&task=view&id=905&pub_id=1946)
- Collier, P. (2009): *Guerra en el Club de la Miseria: la democracia en lugares peligrosos*. TURNER. Madrid.
- Conard, P., & Armstrong, M. (2018). Nursing care of women veterans of the Iraq and Afghanistan Wars. *Nursing for women's health*, 22(2), 158-173.
- Congreso de Colombia. (10 de junio de 2011). Ley por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones [Ley 1448 de 2011]. DO: 48096.
- Congreso de Colombia. (5 de febrero de 1966). Ley por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia. [Ley 266 de 1966]. DO: 42.710
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (1993). Código de Ética de Enfermería. Recuperado de <http://www.trienfer.org.co/>
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE). (2012). El conflicto armado: perspectiva de la enfermera. Recuperado de [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/E01\\_Conflicto\\_armado-Sp.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/E01_Conflicto_armado-Sp.pdf)

- Creswell, J. (2012). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Londres, Reino Unido: SAGE Publications.
- Defensoría del Pueblo (2017). Grupos armados ilegales y nuevos escenarios de riesgo en el posacuerdo. Defensoría del Pueblo de Colombia, Bogotá.
- Delgado, M (2009). ¿Quiénes y qué pueden hacer en salud pública? *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 13-13.
- Duncan G. (2015). Exclusión, insurrección y crimen. *Universidad EAFIT y Universidad de los Andes*. Recuperado de [www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/comisionPaz2015/DuncanGustavo.pdf](http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/comisionPaz2015/DuncanGustavo.pdf)
- Duque, S. (1999). Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción del conocimiento. *Investigación y Educación en Enfermería*. Medellín, XVII (1), 75-85.
- Durán, M. (1994). *El cuidado: pilar fundamental de la enfermería*. Ponencia presentada en el II Congreso de Actualización en Enfermería de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, Bogotá, Colombia.
- Egenes, K. (2009). History of Nursing. En G. Roux, & J. Halstead, *Issues and Trends in Nursing: Essential Knowledge for Today and Tomorrow* (págs. 1-26). Jones and Bartlett Publishers.
- Escalante, E. (2013). La perspectiva ricoeuriana y el análisis de las narrativas *Fundamentos en Humanidades*, 27,175-192.
- Ferreira, M. A. (2011). Enfermería – El arte y la ciencia del cuidado. *Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15 (4), 664 – 666.
- Ferrer, O. & Fabbro, C. (2012). La narrativa como clave para la investigación enfermera y los cuidados profesionales. *Revista Científica de Enfermería*, 5, 1-20.
- Figueroa, S (2012). Introducción a la salud pública. Universidad de San Carlos, facultad de ciencias médicas, fase I.

- Firouzkouhi, M., Zargham-Boroujeni, A., Kako, M., & Abdollahimohammad, A. (2017). Experiences of civilian nurses in triage during the Iran-Iraq War: an oral history. *Chinese journal of traumatology*, 20(5), 288-292.
- Fitzgerald, E., Myers, J., & Clark, P. (2016). Nurses Need Not Be Guilty Bystanders: Caring for Vulnerable Immigrant Populations. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 22(1), Doi: 10.3912/OJIN.Vol22No01PPT43.
- Franco, S. (2015). Salud para la paz y paz para la salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 14 (29), 5-8.
- García, M.L., Cárdenas, L., Arana, B., Monroy, A., Hernández, Y. & Salvador, C. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 20 (Esp.), 74-80.
- Garfield, R., Dresden, E., & Rafferty, A.-M. (2003). Commentary: the evolving role of nurses in terrorism and war. *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology*, 31(3), 163-167.
- Gaut, D. (1983). Development of a theoretically adequate description of caring. *Western Journal of Nursing Research*, 5 (4), 315.
- Gebbie, K. M., & Garfield, R. (2002). La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional. Programas de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud-HSO. Washington (DC): Organización Panamericana de la salud.
- Giraldo J. (2015). Política y guerra sin compasión. *Universidad EAFIT*. Recuperado de [www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/comisionPaz2015/GiraldoJorge.pdf](http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/comisionPaz2015/GiraldoJorge.pdf)
- Gobierno Nacional de Colombia, FARC-EP y países garantes (24 de agosto de 2016). Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera. Acuerdo Final. La Habana, Cuba.
- Gómez, M. & Rodríguez, B. (2013). Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atención de enfermería. *Revista Cuidarte*, 4 (1), 544-549.

- Gómez, O. & Gutiérrez, E. (2011). La situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería. La narrativa como medio para comunicarla. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- González-Cogollos, L. (2017). Mujeres excombatientes del m-19 en Bogotá. Caminos hacia la vida civil en búsqueda de la construcción de paz. *Tesis de Maestría*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Hawes, K. (3 de febrero de 2016). World War I and its impact on the nursing profession. Recuperado de KU Medical Center News: <http://www.kumc.edu/news-listing-page/world-war-and-its-impact-on-the-nursing-profession.html>
- Hernández, C. (2012). Memorias resignificadas: el conflicto armado en las narrativas de inmigrantes colombianos en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). *Revista Colombiana de Educación*, 62, 59-74.
- Herrera, M., & Pertuz, C. (2015). Narrativas femeninas del conflicto armado y la violencia política. *Revista de Estudios Sociales*, 53, 164-173.
- Ibarra, M. (2006). Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. *Cultura de los cuidados*, 20, 147-152.
- El Informe Belmont. (1979). Principios y Guías Éticos Para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación. U.S.A.
- Juárez, L. Rodríguez, B. & Conde, D. (2013). Cuidados basados en narrativas. Redefiniendo la jerarquía de la evidencia. *Índex de Enfermería*, 22 (1-2), 1-11.
- Kaldor, M. (2001): Las nuevas guerras. Violencia organizada en la era global. Tusquets editores. Barcelona.
- Klock, P., Ribeiro, A., Stein, D. & Lorenzini, A. (2008). Vislumbrando as conexões intersubjetivas do cuidado de enfermagem. *av. enferm*, XXVI (1), 13-21.
- Kuerten, P., Do Prado, M., De Gasperi, P., Fabiane, L., Waterkemper, R. & Bettina, M. (2009). *El cuidado y la enfermería*. *av. enferm*, XXVII (1), 102-109.
- Laverde de Botero. (2004). Sector Salud, conflicto armado colombiano y Derecho Internacional Humanitario. *Investigación y Educación en Enfermería*, 22 (2), 62-75.

- Lopera, A. (2014), 10 años de la Ley 911 de 2004. *Av.enferm.*, 12(2), 183.
- Luévano, S. (2008). El arte del cuidado de enfermería: de Florencia Nightingale a Jean Watson. *Synthesis*, (1), 1-3.
- Marriner A y Alligood MR. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Márquez, A. I. (2014). El papel de la educación en situaciones de posconflicto: estrategias y recomendaciones. *Hallazgos*, 11(21), 223-245.
- Martínez, A. (2001). Análisis económico de la violencia en Colombia. *Cuadernos de Economía*, XX (4) 157-187.
- Médicos Sin Fronteras – MSF (2006). Vivir con miedo: el ciclo de la violencia en Colombia. Recuperado de [http://www.msf.org/sites/msf.org/files/old-cms/source/countries/americas/colombia/2006/report/Vivir\\_Con\\_Miedo.pdf](http://www.msf.org/sites/msf.org/files/old-cms/source/countries/americas/colombia/2006/report/Vivir_Con_Miedo.pdf)
- Médicos Sin Fronteras – MSF (2013). Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia. Recuperado de [file:///E:/Downloads/Informe-Colombia\\_Junio-2013.pdf](file:///E:/Downloads/Informe-Colombia_Junio-2013.pdf)
- Melamed-Visbal, J. (2014). Del conflicto al posconflicto en el contexto colombiano. *Revista de la Universidad de la Salle*, 63, 57-73.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Filadelfia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melguizo, E. & Alzate, M. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *av. enferm*, XXVI (1), 112-123.
- Ministerio de Justicia y del Derecho, (2012). Ley de Víctimas y Restitución de Tierras y sus Decretos Reglamentarios. República de Colombia, Ley 1448 de 2011.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (MinSalud). (2013). Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (MinSalud). (2016). Política De Atención Integral En Salud. Bogotá. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (MinSalud). (2016). Modelo Integral De Atención Salud. Bogotá. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (MinSalud). (2011). Ley 1438. Bogotá. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)

Ministerio de Salud. (1993). *Resolución Número 8430 de 1993*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social. (Minsalud). (2017). Lineamientos Incorporación del Enfoque Intercultural en los Procesos de Formación del Talento Humano en Salud, para el cuidado de la Salud de Pueblos Indígenas en Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf>

MinSalud. (25 de septiembre de 2016). El sector salud tiene cuatro grandes retos en el posconflicto y ya se trabaja en ellos. Obtenido de Ministerio de Salud: <http://es.presidencia.gov.co/noticia/160925-El-sector-salud-tiene-cuatro-grandes-retos-en-el-posconflicto-y-ya-se-trabaja-en-ellos-explico-el-Ministro-Alejandro-Gaviria>

Mora-Escalante, E. (2015). La hermenéutica como corriente aplicada al campo de la educación de la enfermería. *Educación*, 39(1), 13-20.

Morales, J. (2017). Grandes desafíos de la salud pública en Colombia: un camino para la paz. Organización Mundial de la Salud. Septiembre.

- Morse, J., Solberg, S., Neander, W., Bottorff, J. & Johnson, J. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science*, 13 (1), 1-14
- Nasi, C., & Rettberg, A. (2005). Los estudios sobre conflicto armado y paz: un campo en evolución permanente. *Colombia internacional*, (62), 64-85.
- Navarrete, A. (2013). Evidenciando el patrón de conocimiento estético a partir de la narrativa de enfermería. *Revista Horizonte de Enfermería*, 24 (1), 9-16.
- Newman, M. (1992). Prevailing paradigms in nursing. *Nursing Outlook*. 40 (1), 10-3, 32.
- Niño-González, C. (2017). Breve historia del conflicto armado en Colombia. *Revista de Paz y Conflictos*, 10 (1), 327-330.
- Observatorio de Memoria y Conflicto. (2018) Noticias. Centro de Memoria histórica. Disponible en <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/de/noticias/noticias-cmh/262-197-muertos-dejo-el-conflicto-armado>
- Observatorio Nacional de Salud (ONS) (2017). Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Instituto Nacional de Salud. Informe técnico 9.
- O'Connor, K. (2017). Nursing Ethics and the 21st-Century Armed Conflict: The Example of Ciudad Juárez. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(1), 6-14.
- ONU-organización de Naciones Unidas (2018). Acerca de OCHA Ucrania. Disponible en:  
<https://www.unocha.org/>
- Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios en Colombia (OCHA). (2012-2013). Disponible en: <https://www.unocha.org/latin-america-and-caribbean-rolac/Colombia>
- OPS-OMS. (2018).Ampliación del rol de enfermeros y enfermeras en APS. Disponible en:  
<file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/Rol%20del%20enfermero%20en%20aps%20documento%20oms.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud – OPS (2001). Transición paradigmática y desarrollo curricular en salud pública. En: Educación en salud pública nuevas perspectivas para las Américas (págs. 85-116). Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud – OPS
- Organización Panamericana de la Salud (2009) Enfoque psicosocial en la atención a la población desplazada, confinada o en riesgo. Guía práctica para alcaldes y alcaldesas. Bogotá, Colombia. Disponible en: [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=240-enfoque-psicosocial-en-la-atencion-a-la-poblacion-desplazada-confinada-o-en-riesgo&Itemid=688](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=240-enfoque-psicosocial-en-la-atencion-a-la-poblacion-desplazada-confinada-o-en-riesgo&Itemid=688)
- Orrego, S. & Ortiz, A. (2001). Calidad del cuidado de enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquía, XIX (2)*, 78 – 83.
- Ortiz-Riomalo, J. F., & Rettberg, A. (2018). Minería de oro, conflicto y criminalidad en los albores del siglo XXI en Colombia: Perspectivas para el posconflicto colombiano. *Colombia Internacional*, (93), 17-63.
- Palacios, A, (2006). En estos tiempos de Guerra. Enfermeras ante los conflictos internacionales. *Índex de Enfermería*, 15 (54), 1-6.
- Parra, O. (2014). La enfermedad cuenta. Narrativa y bioética del cuidado. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 14 (1), 1-16.
- PDSP-Plan Decenal de Salud Pública-PDSP (2012-2021). Ministerio de Salud Y Protección Social. Colombia.
- Quintero, M. (2011). Justificaciones y narraciones orientaciones teóricas e investigativas en la formación ética y política. Universidad Distrital. Bogotá.
- Rafael, A. R. F. (1996). Power and caring: a dialectic in nursing. *Advances in Nursing Science*, 19(1), 3-17.
- Red Nacional de Información. (2018) Reporte único de víctimas. Recuperado de <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
- Ricoeur, P. (2006). La vida: Un relato en busca de un narrador. *Agora: Papeles de filosofía*, 25(2), 9-22.

- Ricoeur, P. (1997). Narratividad, fenomenología y hermenéutica. Universidad Autónoma de Madrid.
- Rivas, F. (2000). La violencia como problema de salud pública en Colombia: otro campo para la bioética. *Acta bioethica*, 6 (2), 1-12.
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C & García, M (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista española de salud pública*, 85(2), 129-139.
- Rodríguez, J., De La Torre, A., & Miranda, C. T. (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*, 22(Sup2), 337-46. DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v22iSup2.1183>
- Rojas, I. (2011). Hermenéutica para las técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales: una propuesta. *Espacios Públicos*, 14(31), 176-189.
- Romero, M., Mesa, L. & Galindo, S. (2008). Calidad de vida de los(as) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. *av. enferm*, XXVI (2), 59-70.
- Rosen, J y Martínez, R. (2015). La Guerra Contra el Narcotráfico en México: una guerra perdida. Universidad de Costa Rica San José, Costa Rica.
- Rubiano, Y. & Ruiz, S. (2012). La narrativa biográfica. Opción metodológica para investigar la relación enfermera-personas viviendo con VIH/SIDA. *Índex de Enfermería*, 21 (3), 1-9.
- Ruíz, C. (2015). Narrativa de enfermería: dejando ir a Doña Paula. *ENE Revista de Enfermería*, 9 (2), 1-5.
- Salazar, AM. (2011). Tendencias internacional del cuidado de enfermería. Investigación y educación en enfermería.
- Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit. Revista de Psicología*, 3, 71-78.
- Sanjuán, A., Cibanal, L., Gabaldon, E., Cartagena, M., Vizcaya, M., Pérez, R., Domínguez, J., Jurado, J., Lillo, M. & Domínguez, M. (2018). Enfoque biográfico narrativo, como método de investigación para el desarrollo de la inteligencia emocional de los estudiantes de enfermería durante el aprendizaje clínico.

- Trabajo presentado en la VI Jornada de Investigación en Docencia Universitaria, Alicante, España.
- Santoro, V (2016). Public health in the health-disease continuum: an analysis from a professional perspective. *Revista de Salud Pública*, 18(4), 530-542.
- Silva, E. (2013). Ley 1448 de 2011, Una reflexión desde la ONU y organizaciones defensoras de derechos humanos. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.
- Sontag, S. (2003). Ante el dolor de los demás (A. Major, Trans. Primera ed.). Bogotá: Alfaguara.
- Souza, M.L., Sartor, V.V.B., Padilha, M.I.C.S. & Prado, M.L. (2005). O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. *Texto Contexto Enferm*, 14 (2): 266-270.
- Universidad de la Salle (2017). Grandes desafíos de la Salud Pública en Colombia: un camino para la Paz. Primer congreso bienal de la asociación colombiana de salud pública.
- Urrego, Mendoza,D. (2013). Narrativas de médicos colombianos en contexto de guerra. Principios y acciones que orientan la toma de decisión en situaciones dilemáticas (Tesis Doctoral). Universidad de Manizales, Manizales, Colombia.
- Urrego-Mendoza, Z. C. (2015). Investigación en salud para la paz de Colombia: ¿estudiar la noviolencia o la violencia? *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 351-353.
- Valverde, C. (2007). Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería. *Norte de la salud mental*, 28, 8-15.
- Vásquez, M., González, T., Ramos, E. & Vargas, G. (2006). Una situación de enfermería: la empinada cumbre del crecimiento personal y profesional. *Revista de la Facultad de la Ciencias de la Salud. Universidad del Magdalena*, 3 (1), 55-59.
- Velandia, A. (2010). La formación de los profesionales de salud orientada hacia el sujeto de atención y no hacia su problema médico. En Pinto, N. (Coord.), Cuidado y Práctica de Enfermería (pp.106-114). Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.