



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **Perfil epidemiológico de la población víctima del conflicto armado sobreviviente a la masacre de Bojayá, Chocó. 2018.**

**Natalia Moreno Arévalo**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública  
Maestría en Salud Pública  
Bogotá, Colombia  
2021

# **Perfil epidemiológico de la población víctima del conflicto armado sobreviviente a la masacre de Bojayá, Chocó. 2018.**

**Natalia Moreno Arévalo**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

**Magister en Salud Pública**

Directora:

Ph.D. Zulma Consuelo Urrego Mendoza

Codirectora:

Ph.D. Alejandra Bello Urrego

Línea de Investigación:

Conflicto armado y salud

Grupo de Investigación:

Violencia y salud

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública

Maestría en Salud Pública

Bogotá, Colombia

2021

## *Dedicatoria*

*A las comunidades afro del Pacífico Colombiano, en especial a la de Bojayá, quienes luchan cada día por el reconocimiento de sus derechos como víctimas del conflicto armado.*

## **Agradecimientos**

En primera instancia quiero agradecer a la Universidad Nacional de Colombia por brindarme la posibilidad de realizar mis estudios de posgrado, a todos y cada uno de los profesores quienes hicieron parte de este proceso de formación, en especial a las docentes Zulma Consuelo Urrego Mendoza y Alejandra Bello, directora y codirectora de la presente tesis quienes, a través de sus conocimientos, experiencia y dedicación, me orientaron y apoyaron durante todo el desarrollo de mi trabajo de investigación.

Al Grupo de Investigación Violencia y Salud de la Universidad Nacional de Colombia, por hacerme parte del proyecto de extensión solidaria “Laboratorio Salud Rural Comunidad Bojayá, Chocó”, donde conocí y aprendí acerca de las experiencias de vida de personas víctimas del conflicto armado interno que luchan cada día por la verdad y la justicia. A Delis Palacios y Emelino Rovira líderes comunitarios integrantes del Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá. A los compañeros y compañeras María Clara, Germán, María Alejandra, Mariana, Jonathan y al profesor Mario Hernández, que desde la perspectiva de cada una de sus profesiones hicieron valiosos e importantes aportes.

A mis padres Elvira y Álvaro, por ser mi mayor motivación, por ser el pilar y ejemplo para ser una gran persona y profesional, a mi hermana Angie Camila por su dedicación y paciencia al ayudarme en ultimar los detalles del documento y a mis amigos quienes estuvieron presentes en esta etapa tan importante de mi vida.

A todos muchas gracias.

## Resumen

Históricamente en Bojayá - Chocó se han dado conflictos entre paramilitares y guerrilleros por la disputa del territorio al ser considerado un lugar geoestratégico para las rutas clave del narcotráfico. Bajo este contexto, el 2 de mayo de 2002 en Bellavista - Bojayá, ocurrió un suceso catastrófico, cuando un grupo de guerrilleros lanzó un cilindro-bomba contra los paramilitares que estaban ocultos detrás de la iglesia, este impactó el lugar en donde aproximadamente 300 civiles se encontraban refugiados, causando la muerte de 119 personas y 98 heridos.

Las investigaciones realizadas acerca del estado de salud de los sobrevivientes después del suceso victimizante han sido escasas y las pocas publicadas se han centrado en el impacto psicosocial, sin que hasta el momento esté construido el perfil epidemiológico completo sobre las afectaciones que involucren tanto las percepciones propias de la comunidad como las percepciones de agentes externos, en torno a la salud física y mental. El presente proyecto tiene como propósito determinar el perfil epidemiológico de la población víctima del conflicto armado que sobrevivió a la masacre del año 2002, teniendo en cuenta indicadores de morbilidad, mortalidad, discapacidad y salud; así como procesos pertenecientes al ámbito de lo general, lo particular, y lo singular; desde la perspectiva de la epidemiología crítica latinoamericana, la cual establece un sistema de categorías y una propuesta metodológica que posibilita entender las dimensiones de la determinación social de la salud incorporadas a los modos de vida propios de cada grupo social.

Se resalta la importancia de la elaboración del perfil epidemiológico crítico como una herramienta que permite la identificación de las características estructurales, particulares y singulares que han influido de manera negativa o positiva en la situación de salud de una población que históricamente ha sido fuertemente afectada por el conflicto armado y la marginación del Estado; toda la evidencia presentada en esta investigación puede ser utilizada como apoyo para promover las iniciativas de articulación efectiva entre la comunidad con necesidades básicas insatisfechas y las entidades de salud de las cuales

los sobrevivientes son beneficiarios, tanto en lo individual como en lo colectivo, en el marco de los programas de reparación integral pactados por el Gobierno para la restitución de sus derechos como víctimas.

**Palabras clave: Perfil Epidemiológico, Epidemiología Crítica Latinoamericana, Conflicto Armado, Salud Rural, Grupo de Ascendencia Continental Africana.**

## Abstract

Historically, in Bojayá - Chocó there have been conflicts between paramilitaries and guerrillas due to the dispute over territory as it is considered a geostrategic place for key drug trafficking routes. Under this context, on May 2<sup>nd</sup>, 2002 in Bellavista - Bojayá, a catastrophic event occurred, when a group of guerrillas threw a cylinder-bomb against the paramilitaries who were hiding behind the church. Inside the church there were approximately 300 civilians who were sheltered. The cylinder-bomb impacted the place causing the death of 119 people and leaving 98 more wounded.

The investigations carried out on the health status of the survivors after the victimizing event have been scarce and the few published have focused on the psychosocial impact, without the complete epidemiological profile being constructed so far on the effects that involve both their own perceptions of the community and the perceptions of external agents, regarding physical and mental health. The purpose of this project is to determine the epidemiological profile of the victim population of the armed conflict that survived the massacre of 2002, taking into account indicators of morbidity, mortality, disability and health; as well as processes belonging to the general, particular, and singular scope; from the perspective of Latin American critical epidemiology, which establishes a system of categories and a methodological proposal that makes it possible to understand the dimensions of the social determination of health incorporated into the lifestyles of each social group.

The importance of the development of the critical epidemiological profile is highlighted as a tool that allows the identification of structural, particular and singular characteristics that have negatively or positively influenced the health situation of a population that has historically been strongly affected by armed conflict and the neglected by the State; All the evidence presented in this research can be used as support to promote effective

coordination initiatives between the community with unsatisfied basic needs and the health entities of which the survivors are beneficiaries, both individually and collectively, in the framework of the comprehensive reparation programs agreed by the Government for the restitution of their rights as victims.

**Keywords: Epidemiological Profile, Latin American Critical Epidemiology, Armed Conflict, Rural Health, African Continental Ancestry Group.**



# Contenido

<b>Resumen .....</b>	<b>V</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>VII</b>
<b>Lista de figuras.....</b>	<b>XI</b>
<b>Lista de cuadros y tablas.....</b>	<b>XII</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Estado del arte y planteamiento del problema.....</b>	<b>6</b>
1.1 Antecedentes de investigación .....	6
1.2 Planteamiento del problema.....	14
1.3 Pregunta de investigación .....	18
1.4 Justificación.....	18
1.5 Objetivos .....	19
1.5.1 Objetivo general.....	19
1.5.2 Objetivos específicos.....	19
<b>2. Marco teórico conceptual .....</b>	<b>20</b>
<b>3. Diseño metodológico.....</b>	<b>32</b>
3.1 Tipo de investigación.....	32
3.1.1 Encuadre metodológico .....	32
3.2 Población de estudio .....	33
3.3 Limitaciones .....	35
3.4 Recolección, procesamiento y análisis de la información .....	36
3.5 Aspectos éticos .....	37
<b>4. Resultados.....</b>	<b>39</b>
4.1 Momento 1. El perfil epidemiológico del conflicto expresado en la masacre, año 2002.....	39
4.1.1 El dominio de lo general: contexto socio – político y económico que rodeó a la masacre ocurrida en Bojayá el 2 de mayo de 2002.....	39
4.1.2 El dominio de lo particular: modos de vida, redes sociales, familiares y estrategias de afrontamiento grupales de los Bojayaceños en torno a la masacre ...	40
4.1.3 El dominio de lo singular: expresiones del proceso vital humano en tiempos de masacre .....	42
4.1.4 Matriz de procesos críticos en torno a la masacre de Bojayá, 2002.....	45
4.1.4.1 Análisis matriz de procesos críticos año 2002 .....	51

4.2	Momento 2. El perfil epidemiológico del posacuerdo, año 2018.....	55
4.2.1	Dominio de lo general: Colombia, la esperanza de paz, y las realidades locales de Bojayá y Chocó.....	55
4.2.2	Dominio de lo particular: modos de vida, redes sociales, familiares y estrategias de afrontamiento grupales de los Bojayaceños.....	59
4.2.3	Dominio de lo singular: salud, enfermedad, discapacidad, vida y muerte de los Bojayaceños, en espera de paz.....	65
4.2.4	Matriz de procesos críticos. Lo que emerge dieciséis años después de una masacre en Bojayá.....	73
4.2.4.1	Análisis matriz de procesos críticos año 2018.....	80
<b>5.</b>	<b>Discusión.....</b>	<b>85</b>
<b>6.</b>	<b>Conclusiones y Recomendaciones .....</b>	<b>99</b>
6.1	Conclusiones .....	99
6.2	Recomendaciones .....	104
<b>A.</b>	<b>Anexo: Formato de Consentimiento Informado para Profesionales en Salud</b>	<b>105</b>
<b>B.</b>	<b>Anexo: Formato de Entrevista Colectiva.....</b>	<b>107</b>
<b>C.</b>	<b>Anexo: Derecho de Petición Secretaría Departamental de Salud del Chocó ..</b>	<b>111</b>
<b>D.</b>	<b>Anexo: Derecho de Petición Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.....</b>	<b>113</b>
<b>E.</b>	<b>Anexo: Respuesta Derecho de Petición Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses .....</b>	<b>115</b>
	<b>Bibliografía .....</b>	<b>117</b>

## Lista de figuras

<b><u>Figura 1. Publicaciones sobre perfil epidemiológico</u></b> .....	10
<b><u>Figura 2. Perfil Epidemiológico</u></b> .....	22

## Lista de cuadros y tablas

<b><u>Cuadro 1. Morbilidad por Enfermedades en el Municipio de Bojayá</u></b> .....	15
<b><u>Cuadro 2. Matriz de procesos críticos, año 2002</u></b> .....	45
<b><u>Cuadro 3. Matriz de procesos críticos, año 2018</u></b> .....	73
<b><u>Tabla 1. Resultados arrojados de búsqueda en bases de datos, repositorios y revistas</u></b> .....	9
<b><u>Tabla 2. Clasificación por país de publicación</u></b> .....	10
<b><u>Tabla 3. Defunciones no fetales año 2002, Bojayá – Chocó</u></b> .....	44
<b><u>Tabla 4. Casos y causas directas de muerte año 2002, Bojayá – Chocó</u></b> .....	44
<b><u>Tabla 5. Acceso a servicios sanitarios</u></b> .....	61
<b><u>Tabla 6. Nivel educativo de la población estudiada (Quibdó y Bellavista)</u></b> .....	62
<b><u>Tabla 7. Ocupaciones de la población estudiada (Quibdó y Bellavista)</u></b> .....	63
<b><u>Tabla 8. Principales sintomatologías auditivas</u></b> .....	66
<b><u>Tabla 9. Principales diagnósticos de Medicina General</u></b> .....	68
<b><u>Tabla 10. Principales diagnósticos de Audiología</u></b> .....	69
<b><u>Tabla 11. Índice de Masa Corporal (IMC) de la población estudiada</u></b> .....	70
<b><u>Tabla 12. Posibles discapacidades en la población estudiada</u></b> .....	71
<b><u>Tabla 13. Casos y causas de muerte año 2018, Municipio de Bojayá – Chocó</u></b> .....	72
<b><u>Tabla 14. Dificultades permanentes para el funcionamiento humano, Bojayá y Quibdó – Chocó, 2018.</u></b> .....	84

## Lista Abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Término</b>
<i>AEI</i>	Artefacto Explosivo Improvisado
<i>AGC</i>	Autodefensas Gaitanistas de Colombia
<i>ALAMES</i>	Asociación Latinoamericana de Medicina Social
<i>AMBUQ</i>	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó
<i>AT</i>	Alerta Temprana
<i>BVS</i>	Biblioteca Virtual en Salud
<i>CIF</i>	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
<i>DANE</i>	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
<i>DSS</i>	Determinación Social de la Salud
<i>EDA</i>	Enfermedad Diarreica Aguda
<i>ELN</i>	Ejército de Liberación Nacional
<i>EPS</i>	Entidad Promotora de Salud
<i>FARC</i>	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
<i>HTA</i>	Hipertensión Arterial
<i>IAP</i>	Investigación Acción Participativa
<i>IMC</i>	Índice de Masa Corporal
<i>INS</i>	Instituto Nacional de Salud
<i>IPS</i>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
<i>IRA</i>	Infección Respiratoria Aguda
<i>LGBT</i>	Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero
<i>MAP</i>	Minas Antipersonal
<i>MINSALUD</i>	Ministerio de Salud y Protección Social

<i>MSL</i>	Medicina Social Latinoamericana
<i>MUSE</i>	Munición Sin Explotar
<i>OCHA</i>	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>ONG</i>	Organización No Gubernamental
<i>ONU</i>	Organización de las Naciones Unidas
<i>PAPSIVI</i>	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas
<i>PIRC</i>	Plan Integral de Reparación Colectiva
<i>PNUD</i>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<i>RLCPD</i>	Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad
<i>REDCOL</i>	Red Colombiana de Información Científica
<i>RUV</i>	Registro Único de Víctimas
<i>SIVIGILA</i>	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
<i>SNC</i>	Sistema Nervioso Central
<i>TEPT</i>	Trastorno de Estrés Post Traumático
<i>UARIV</i>	Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas
<i>UNAL</i>	Universidad Nacional de Colombia

# Introducción

La presente investigación tiene como objeto de estudio a los procesos de salud-enfermedad-cuidado-muerte en los sobrevivientes de la masacre de Bojayá ocurrida en el año 2002. El interés de abordar este tema radica en que los problemas de salud que surgieron en la población a partir de este hecho violento, aún no han sido abordados ni superados debidamente, habiendo existido escasa garantía de atención por parte del Estado, lo cual ha resultado en la ausencia de una respuesta efectiva para la recuperación de las afectaciones tanto físicas como emocionales en las personas supervivientes. Así, se realizó un análisis del perfil epidemiológico de la población descrita, desde la mirada de la Epidemiología Crítica Latinoamericana. Esto significa que se identificaron los procesos protectores y destructivos que se generaron a partir del suceso victimizante, los cuales operan los modos y estilos de vida que permiten la expresión singular de la salud, la enfermedad, la vida o la muerte de las personas (Breilh, 2003, 2010).

El municipio de Bojayá se encuentra ubicado al oeste de Colombia, en el departamento del Chocó, reconocido como tal en el año 1960, su cabecera es Bellavista y es principalmente habitado por población afrodescendiente e indígena; cuenta con una extensión total de 3.693 Km<sup>2</sup>, el cual limita al Norte con el Río Sucio, al Este con el departamento de Antioquia, al Sur con la ciudad de Quibdó y Alto Baudó y al Oeste con Bahía Solano. Desde el año 1997 se iniciaron los conflictos entre paramilitares y guerrilleros por la disputa del territorio para ser apropiado por alguno de estos grupos armados ilegales por ser un lugar estratégico para las rutas clave del narcotráfico, desde ese entonces la comunidad ha tenido que vivir la constante violencia en el municipio, estas dinámicas del conflicto armado han restringido la movilidad por vía fluvial a sus pobladores, impidiendo la entrada de alimentos y provisiones como parte de las estrategias de control territorial desde los grupos armados ilegales en disputa.

El documento se divide en seis capítulos. El primero, titulado **Estado del arte y planteamiento del problema**, donde se tratan los antecedentes de investigación poniendo

en contexto lo que se ha estudiado sobre la salud de la población Bojayaceña después del suceso, y la revisión de estudios realizados sobre investigaciones relacionadas con la epidemiología crítica y el perfil epidemiológico, a través de la literatura existente; junto con el planteamiento del problema, donde se hace una descripción general del objeto de estudio y su pertinencia, para así llegar a la formulación de la pregunta de investigación, el desarrollo de la justificación, y la formulación del objetivo general; el cual se centró en determinar el perfil epidemiológico de la población víctima del conflicto armado que sobrevivió a la masacre de Bojayá – Chocó ocurrida en el año 2002, teniendo en cuenta indicadores de morbilidad, mortalidad, discapacidad y salud; así como procesos pertenecientes al ámbito de lo general, lo particular, y lo singular; desde la perspectiva de la epidemiología crítica latinoamericana y a partir de este se describieron los objetivos específicos para el desarrollo de la investigación.

En el segundo capítulo titulado **Marco teórico conceptual**, se presenta el enfoque teórico y las definiciones fundamentales que se utilizan para el desarrollo de la investigación. Se conceptualiza a la Determinación Social de la Salud (DSS) como teoría general, la cual forjó la construcción del paradigma de la Epidemiología Crítica Latinoamericana y que, en consecuencia, es el enfoque teórico fundamental usado para el desarrollo de la presente investigación; también se tuvieron como referentes aspectos de la Teoría Decolonial y el Feminismo Interseccional, y asimismo conceptos clave como la clase social, el género-sexualidad y la raza-etnia, entendidos como marcadores sociales que sumados a dichas teorías fundamentales, permitieron la comprensión de las desigualdades en salud y la realidad que ha vivido históricamente la población afrodescendiente a causa del conflicto armado colombiano.

El tercer capítulo, titulado **Diseño metodológico**, describe el tipo de investigación, el encuadre metodológico para el análisis del perfil epidemiológico, la población objeto, las fuentes de información que se usan para la ejecución del estudio, las principales limitaciones, la manera cómo se hizo la recolección, procesamiento y análisis de la información y finalmente los aspectos éticos establecidos para el desarrollo del mismo. El estudio correspondió a uno de tipo descriptivo, para la caracterización del perfil epidemiológico desde la perspectiva de la Epidemiología Crítica Latinoamericana, en donde se contemplaron los procesos del orden de lo general, lo particular y lo singular; así mismo, aspectos de salud, morbilidad, mortalidad, y discapacidad. La población de estudio



se compuso por las víctimas sobrevivientes a la masacre de Bojayá, Chocó – Colombia, ocurrida el 2 de mayo de 2002, con un tamaño estimado en 162 personas (hombres y mujeres presentes en el suceso mencionado en Bellavista – Bojayá y sobrevivientes al año 2018); no obstante, al ser empleadas distintas fuentes de información, se contó con diferentes tipos de muestras obtenidas a partir de esa población objeto, que fueron mencionadas oportunamente dentro del texto al hacer referencia a hallazgos específicos; así mismo, en otros momentos se aludió a información correspondiente a la totalidad de la población de Bojayá, clarificando al respecto. Las diferentes fuentes de información que se usaron fueron: orales primarias (entrevistas colectivas a informantes clave) y secundarias (conversatorios y grupos focales hechos en estudios anteriores); documental gris constituidas por documentos no publicados que correspondieron a valoraciones individuales, llevadas a cabo en las víctimas; documental pública a partir de documentos, bases de datos de instituciones públicas de libre consulta e información relativa a Bojayá y a las víctimas de la masacre en cuestión, contenida en publicaciones periódicas, libros, informes de organizaciones no gubernamentales o gubernamentales, entre otras fuentes documentales posibles. Todas las fuentes se encaminaron a contemplar aspectos de salud, morbilidad sentida, morbilidad detectada, discapacidad y mortalidad de la población objeto de estudio. Los componentes metodológicos empleados para este estudio incluyeron revisión bibliográfica, revisión documental, análisis secundario de bases de datos previamente recolectadas para la misma población, análisis secundario de bases de datos públicas sobre la población, entrevista colectivas y análisis de datos cuantitativos aplicando estadística descriptiva.

En el cuarto capítulo titulado **Resultados**, estos se presentan según lo planteado desde el enfoque teórico que sustenta la investigación; por lo cual se encuentran divididos en dos momentos importantes, el primero donde se describe el perfil epidemiológico del conflicto expresado en la masacre del año 2002, que desde el dominio de lo general explica el contexto socio – político y económico en el que se encontraba Bojayá, en el particular se explican los modos de vida, las redes sociales y familiares, y las estrategias de afrontamiento grupales que los Bojayaceños crearon en torno al suceso victimizante y en el singular se presenta la información con respecto a cómo se configuraban los estilos de vida desde la expresión del proceso vital humano de los individuos como resultado de las condiciones de vida consecuentes a la masacre. Y en el segundo momento, se trata el

perfil epidemiológico del posacuerdo, desde información correspondiente al año 2018 donde en el dominio general se evidencia el contexto del municipio tras dieciséis años de la masacre y la firma del Acuerdo de Paz con sus correspondientes compromisos pactados, mientras en los dominios de lo particular y singular se muestran los principales hallazgos en salud física y mental individual y colectiva, presentados por la población a estudio desde lo evidenciado por el proyecto de extensión solidaria “Laboratorio Salud Rural Comunidad Bojayá, Chocó” llevado a cabo por el grupo de investigación de Violencia y Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, que permitieron la construcción y comprensión de los modos de vida, las estrategias de afrontamiento y las redes sociales y familiares emergidas dieciséis años después de la masacre que han apoyado al proceso de reparación colectiva propiciado por la comunidad; junto con las afectaciones físicas y emocionales consecuentes al suceso en mención, así como con otras que se les han ido sumando con el correr de los años en el marco de una precaria atención en salud. Para ambos momentos se describen las matrices de procesos críticos efectuadas a partir de los hallazgos de cada época y los análisis surgidos después de las entrevistas colectivas hechas con profesionales de la salud que estuvieron en contacto con la población en el año 2018.

El quinto capítulo, titulado **Discusión**, presenta los principales debates emergentes a partir de los hallazgos centrales obtenidos, a la luz de los objetivos específicos y de los conceptos trabajados en el marco teórico, en contraste además con la información suministrada por otras investigaciones relacionadas con el mismo tema o población. Se mencionan las debilidades, limitaciones, fortalezas, aportes y campos de investigación que quedan abiertos para investigaciones futuras. Como principales aportes desde este trabajo para la salud de la población abordada, se logró identificar las principales afectaciones que no han sido del todo resueltas y que, con el paso de los años se han cronificado y aumentado debido a la falta del adecuado acceso a los servicios de salud brindados tanto por las EPS a los cuales se encuentran afiliados, como a los programas de atención integral psicosocial y física brindados por entidades Estatales y de los cuales han participes sin tener una total certeza de la completa recuperación a sus problemas; todo lo anterior, en el marco comprensivo de las condiciones socio – históricas, económicas, políticas y culturales que han permitido su configuración a lo largo de los años.

El sexto capítulo, titulado **Conclusiones y Recomendaciones**, resume los hallazgos principales en torno a cada uno de los objetivos propuestos, derivados de los análisis efectuados; a la vez, propone algunos asuntos clave que puedan aportar en la investigación a futuro de la situación en salud de las comunidades afro víctimas del conflicto armado.

El documento finaliza con los anexos utilizados para el desarrollo metodológico de esta investigación, junto con otros que ilustran algunos de los hallazgos; dichos anexos son: el Formato de Consentimiento Informado para Profesionales en Salud, el Formato de Entrevista Colectiva, el Derecho de Petición dirigido a la Secretaría Departamental de Salud del Chocó, el Derecho de Petición dirigido al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, y la Respuesta a ese derecho de petición emitida por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

# **1. Estado del arte y planteamiento del problema**

## **1.1 Antecedentes de investigación**

Para poner en contexto sobre que se ha estudiado en materia de salud de la población Bojayaceña después de la masacre del año 2002, se realizó una búsqueda de la literatura existente en diferentes bases de datos como GOOGLE ACADÉMICO, BIREME, JSTOR, PUBMED y RED COLOMBIANA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA (REDCOL), con las palabras clave "Bojayá" AND "salud", en cualquier idioma, sin periodo de tiempo y de libre acceso. Dentro de los resultados arrojados, se evidencia que son pocos los estudios realizados, y que los existentes se enfocan principalmente en el análisis psicológico y cómo este hecho victimizante ha dejado secuelas que han afectado la salud mental y psicosocial de la comunidad.

En una investigación realizada por Londoño et al. (2005), trabajada desde la epidemiología moderna, con un estudio de casos y controles, se describieron los principales trastornos mentales asociados al suceso vivido en Bojayá en el año 2002, en donde se clasificaron a los participantes en dos grupos con o sin diagnóstico de trastorno de estrés post traumático (TEPT); se identificó que varios trastornos consecuentes a la masacre son precedidos al TEPT, concluyendo que este es más constante en personas las cuales luego de vivir un episodio traumático deben desplazarse y retornar al lugar sin las condiciones de seguridad personal para su supervivencia, sufriendo así alteraciones emocionales que se reflejan en la dificultad de adaptarse a la violencia. Continuo a este estudio los autores (Londoño et al., 2008) en la misma población con y sin diagnóstico de TEPT, se les estableció el perfil cognitivo, en donde se incluyeron categorías de análisis como los contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad y las estrategias de afrontamiento frente al estrés. Por otro lado, se encontraron estudios que tratan sobre el abordaje psicosocial,

en donde los investigadores al poco tiempo del suceso (7 meses después) hicieron un acompañamiento psicosocial para identificar cómo las personas enfrentaron el acontecimiento a través de los impactos generados en el ámbito social y emocional y de qué manera se pueden crear estrategias para la reparación del tejido social. (Bello, Martín, Millán, Pulido y Rojas, 2005) Desde la perspectiva del psicoanálisis la autora Castro (2019) hace un estudio acerca de los efectos psíquicos y sociales que dejó el evento violento del conflicto armado en Bojayá, en el cual la autora hace una reflexión empírica de los hallazgos a partir de la conceptualización del trauma, la conformación de la identidad de víctima en la región y las invenciones que las personas víctimas hacen para bordear lo imposible de decir que habita dentro del trauma.

La evidencia de estudios realizados a la población de Bojayá también se ha centrado desde perspectivas antropológicas y de memoria histórica, desde los años dos mil en medio de la violencia armada presente en el Pacífico colombiano con consecuencias negativas en la población afro (desplazamientos forzados y violación de los derechos humanos) (Velandia y Restrepo, 2017). En estas investigaciones se han tratado temas acerca de cómo la comunidad a través de prácticas de memoria histórica ha podido resarcir el dolor y el sufrimiento presentado a causa de la guerra (Millán, 2009, 2011). Otro tipo de manifestaciones estudiadas han sido las actividades culturales propias de la comunidad como los cantos y la danza para recrear las emociones de dolor e impulsar las acciones políticas frente a la injusticia propiciada por la guerra, todo enmarcado en la construcción de la identidad para poder rehabilitar la vida cotidiana. (Hurtado, 2014) (Riaño y Chaparro, 2020). También han sido objeto de estudio prácticas ancestrales como la herbolaria, en donde las mujeres toman el papel de la siembra de plantas en espacios domésticos como proceso de reterritorialización y recuperación de los aprendizajes generacionales del uso tanto medicinal como nutricional que estas poseen, tomando así a las plantas medicinales como recurso para el cuidado de la salud debido a las ineficiencias institucionales (Henríquez, 2020).

No se encontró ningún estudio publicado para el período revisado hasta el año 2020, sin límite de fecha de inicio, en que se abordarán las afectaciones en la salud física de las personas supervivientes a la masacre de Bojayá, y en cuanto a afectaciones de salud mental el más reciente publicado fue el de Londoño en 2005, pues los de años posteriores

corresponden más bien a perspectivas psicodinámicas o enfoques psicosociales, que de salud mental propiamente dicha.

De acuerdo a la búsqueda exhaustiva comentada anteriormente, se puede concluir que los estudios dirigidos al estado de salud de la población de Bojayá después de la masacre se centran específicamente en perspectivas de la epidemiología moderna, la antropología y la psicología desde un enfoque psicosocial o psicodinámico. Por todo lo anterior, es importante llevar a cabo una investigación en donde se aborde el estado de salud de esta población víctima del conflicto armado desde la mirada abarcante de sus diferentes manifestaciones físicas, psicológicas, de morbilidad, mortalidad y cuidado, y desde un enfoque de la determinación social de la salud, la cual hace parte de la propuesta de epidemiología crítica latinoamericana, haciendo un análisis de cómo procesos políticos sociales, culturales y ambientales, entre otros, influyen en el proceso vital humano de las víctimas de un evento de guerra dentro de un conflicto armado, abarcando un panorama completo que dé respuesta a las dinámicas que interactúan en los diferentes dominios estructurales del perfil epidemiológico crítico.

Se concluye así que es pertinente realizar este estudio ya que no hay literatura publicada sobre el perfil epidemiológico de esta población bajo el paradigma de la epidemiología crítica, y ni siquiera existe literatura publicada identificable que aluda más allá de algunas afectaciones psicosociales o en salud mental de estas personas pertenecientes a la comunidad de Bojayá.

Por otra parte, para tener una contextualización acerca de los estudios realizados a nivel mundial y poder adquirir un panorama general y actualizado también se realizó una búsqueda de la literatura científica sobre investigaciones relacionadas con epidemiología crítica y perfil epidemiológico, se hizo una exploración a las bases de datos PUBMED, BIREME y GOOGLE ACADÉMICO, a repositorios de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL), Universidad de Antioquia - Colombia y Universidad Andina Simón Bolívar – Ecuador y a la Revista Medicina Social la cual es publicada por el Departamento de Medicina Familiar y Social del Centro Médico Montefiore, la Escuela de Medicina Albert Einstein (New York) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES); sin límite de periodo de tiempo, en cualquier idioma, de libre acceso y teniendo en cuenta las palabras clave "perfil epidemiológico" AND "epidemiología crítica". Los resultados arrojados en cada una de las páginas exploradas se muestran en la Tabla 1:

**Tabla 1. Resultados arrojados de búsqueda en bases de datos, repositorios y revistas**

<b>PÁGINA DE BÚSQUEDA</b>	<b>RESULTADO</b>
<b>PUBMED (US National Library of Medicine National Institutes of Health)</b>	<b>0</b>
<b>BIREME (Biblioteca Virtual en Salud (BVS))</b>	<b>1</b>
<b>Google Académico</b>	<b>396</b>
<b>Repositorio Universidad Andina Simón Bolívar – Ecuador</b>	<b>51</b>
<b>Repositorio Universidad Nacional de Colombia</b>	<b>0</b>
<b>Repositorio Universidad de Antioquia – Colombia</b>	<b>0</b>
<b>Revista Medicina Social</b>	<b>2</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

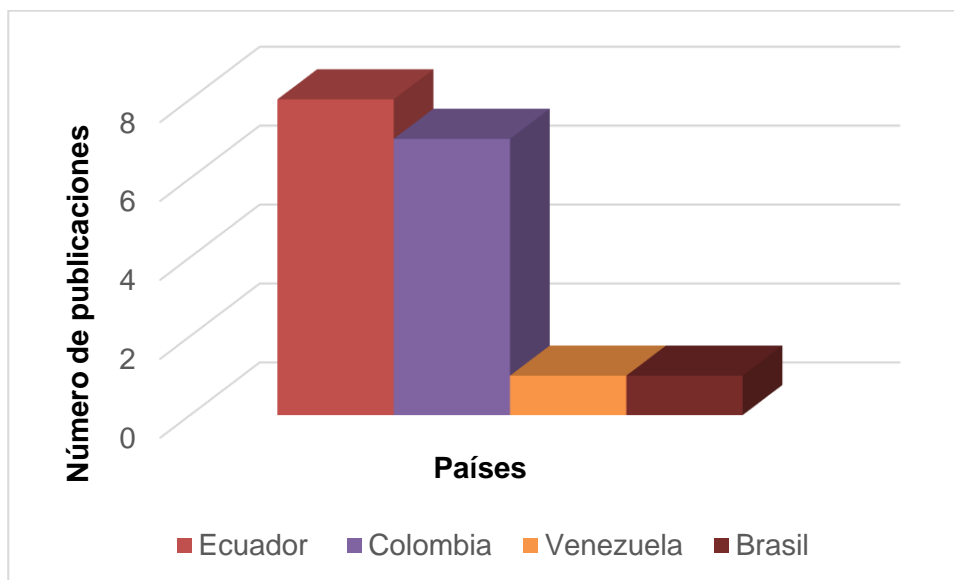
Después de la lectura completa de cada uno de los documentos arrojados en las diferentes páginas de búsqueda, se incluyeron aquellos que enfocaron su investigación principalmente en el abordaje del perfil epidemiológico bajo el paradigma de la epidemiología crítica. Luego de los procedimientos anteriores y de eliminar los documentos repetidos en todas las páginas de búsqueda, utilizadas fueron seleccionados de la siguiente manera: BIREME 1 (100%), Google Académico 15 (3,79%), Repositorio Universidad Andina Simón Bolívar – Ecuador 1 (1,96%). En cuanto a los tipos de documentos, se evidenció que de los 15 seleccionados en Google Académico 6 (40%) son artículos, 3 (20%) son tesis de maestría, 3 (20%) son tesis de doctorado, 2 (13,33%) son proyectos de investigación para titulación de pregrado y 1 (6,67%) es un libro; en BIREME corresponde a un artículo (100%) y en el repositorio de la Universidad Andina Simón Bolívar a una tesis de doctorado (100%).

Además, se hizo la clasificación por país de publicación para evidenciar la distribución geográfica de los estudios sobre perfil epidemiológico desde la perspectiva de la epidemiología crítica (Tabla 2 y Figura 1). Cabe resaltar que todas las investigaciones se encuentran en América Latina, una razón puede ser que este enfoque tiene sus inicios en este continente y que a lo largo de los años ha tenido bastante auge.

**Tabla 2. Clasificación por país de publicación**

País	Publicaciones	
	Número	Porcentaje (%)
<b>Ecuador</b>	<b>8</b>	<b>47,06</b>
<b>Colombia</b>	<b>7</b>	<b>41,18</b>
<b>Venezuela</b>	<b>1</b>	<b>5,88</b>
<b>Brasil</b>	<b>1</b>	<b>5,88</b>
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Elaboración propia

**Figura 1. Publicaciones sobre perfil epidemiológico**

Fuente: Elaboración propia.

Las poblaciones estudiadas en cada uno de los documentos seleccionados evidencian que son principalmente trabajadores formales e informales, estudiantes universitarios, niños con edades entre los 6 y 15 años, niños menores de 5 años, comunidades indígenas, habitantes de municipios específicos de un departamento, mujeres embarazadas, personas fallecidas por accidentes de tránsito y pacientes con enfermedades específicas como labio y/o paladar hendido no sindrómico, hipertensión arterial y osteoartritis de rodilla. Dentro de esta búsqueda se identificó que varios estudios que no fueron seleccionados para revisión emplean el término perfil epidemiológico para hacer una descripción de datos epidemiológicos acerca de diversos grupos humanos y que se han



construido principalmente desde la perspectiva de la epidemiología moderna más no desde la epidemiología crítica. Cabe destacar que ninguno de los documentos, ni los elaborados desde una perspectiva de epidemiología crítica incluidos en el análisis anteriormente presentado, ni los basados en epidemiología moderna que fueron excluidos, investigó en población víctima de conflicto armado o afrodescendientes.

Cada una de las investigaciones aborda el concepto de perfil epidemiológico crítico dependiendo la población de estudio, un ejemplo claro es el de los trabajadores formales e informales, en donde principalmente usan la matriz de procesos críticos como herramienta que permite a través del monitoreo participativo identificar las condiciones de trabajo, las condiciones de vida y las condiciones sociodemográficas para poder establecer el perfil salud-enfermedad y así mismo definir los procesos protectores y destructivos como aspectos importantes para determinar soluciones y ajustar políticas de Estado frente a las necesidades de la población (Soliz, 2014a). Otro uso encontrado para el perfil epidemiológico crítico ocurrió en articulación con procesos de Investigación Acción Participativa (IAP), en donde la autora articula esa metodología en función de los dominios de la determinación social de la salud (contexto socio histórico, modos de vida y estilos de vida), para así poder desarrollar el perfil epidemiológico identificando estructura fenotípica de cada grupo según el tipo de trabajo desarrollado, procesos protectores y destructivos y perfil de morbilidad. Además, estructura las condiciones socio económicas y de vida, la vulnerabilidad y los patrones de exposición para asociarlos al perfil epidemiológico de esta población objeto de estudio (Soliz, 2014b) (Soliz, 2016).

Para comprender el proceso de salud – enfermedad de los trabajadores de la sericultura en Paraná, la autora Nanci Ferreira Pinto (2015) describe el proceso técnico de trabajo, los procesos protectores y destructivos y los modos de vida, los cuales se articulan y afectan de manera tanto negativa como positiva la salud de ellos y sus familias, además registra información a partir de entrevistas, observación participante y grupos focales que apoyan la identificación de elementos correspondientes a los dominios estructural, particular y singular; finalmente toda esta información fue compilada en una matriz de procesos críticos que permitió una mejor interpretación de cómo la ocupación interfiere en el diario vivir de estas personas. Otro estudio describe las condiciones sociodemográficas, condiciones de trabajo, condiciones de vida y salud de los vendedores ambulantes para establecer el perfil de salud – enfermedad, el cual es definido por los autores como perfil epidemiológico

basado principalmente en estas características y cómo el hecho del trabajo informal hace que se presenten alteraciones físicas que afectan su salud (Bermeo y Brito, 2017).

En población de estudiantes, el enfoque principal se basa en el estudio de los modos y estilos de vida, así mismo, identifica los procesos protectores y destructivos que se desarrollan en el dominio de lo particular (modos de vida) y lo singular (estilos de vida), los cuales son influenciados por el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas que alteran la capacidad mental y emocional (Ponce, 2018). Por otro lado, otras autoras hablan sobre el perfil socio-epidemiológico para aludir al hecho de estudiar y trabajar afectando su estado de salud y la capacidad de desarrollar ambas actividades adecuadamente (Viasús y Bernal, 2013).

Los estudios realizados en población infantil basados en el enfoque de la determinación social de la salud, analizan cada uno de los dominios general, particular y singular, en los cuales se encuentran los modos de vida y los estilos de vida de ellos y sus familias, los cuales afectan la salud de manera positiva (procesos protectores) o negativa (procesos destructivos); a su vez, los investigadores usan la matriz de procesos críticos como herramienta para la articulación de la relación del proceso salud – enfermedad con el entorno social en el cual esta población se encuentra inmersa (Lozano, 2017) (Palacios, 2018). Otro estudio tiene la finalidad de buscar la relación entre las condiciones de vida familiar y la situación de salud bucal de niños escolarizados, realizando el perfil salud - enfermedad bucal basado principalmente en indicadores de ingresos económicos de cada grupo social y de las principales patologías dentales presentadas en los niños pertenecientes a estas (Barboza, 1999).

La investigación encontrada sobre comunidades indígenas consistió en un estudio teórico para analizar el suicidio desde la perspectiva de la determinación social de la salud usando la categoría del perfil epidemiológico para sintetizar los procesos protectores y destructivos de la salud desde las dimensiones general, particular y singular, a su vez con los resultados en términos del proceso vital humano; tales autores buscaron identificar los procesos sociales relacionados con la emergencia de las conductas suicidas y a partir de esta base desarrollaron una matriz de procesos críticos con la cual aportaron comprensión epidemiológica crítica de la historia social, cultural, política y económica, ligada a las inequidades de género y raza de estas comunidades (Ramírez et al., 2018).

Para el estudio de las condiciones de vida y salud del Municipio de Marinilla – Antioquia las autoras presentaron como estrategia teórico metodológica la matriz de procesos críticos con el fin de enunciar los procesos sociales relacionados con la salud – enfermedad de los pobladores y así poder entender las necesidades y potencialidades colectivas de solución. Para una mejor comprensión las autoras afirman que:

La matriz de procesos críticos resultante es un punto de llegada porque nos sitúa en una visión cercana a la realidad que viven los distintos grupos sociales y da cuenta de las condiciones de vida de la población desde su heterogeneidad, sus procesos críticos y sus condiciones protectoras. Así mismo, es un punto de partida porque marca rutas hacia el mejoramiento de las condiciones de vida. (Gómez, López, Ochoa y Wilches, 2007, p. 23).

Para el abordaje de los estudios sobre condiciones de salud (enfermedades, accidentes de tránsito y embarazo), se encuentra que usan varias herramientas de la epidemiología crítica; en donde parten del análisis de los modos de vida de los grupos sociales para conocer cómo estos pueden alterar y llegar a ocasionar accidentes de tránsito (Montero-Moreta, 2018), por otro lado en enfermedades como la osteoartritis de rodilla, las autoras proponen una identificación y descripción de los determinantes sociales de la salud basándose en el análisis de cada uno de los dominios de la epidemiología crítica y como dentro de cada uno de estos interfiere en la calidad y condición de vida ligado al régimen de atención en salud (Camargo y Mena, 2010); y en la hipertensión arterial, se usa la categoría calidad de vida de la epidemiología crítica, para el estudio de cómo esta enfermedad incide tanto positiva como negativamente en ella (Barrera y Falcon, 2015). Otros estudios analizan la determinación social de la salud, mediante la identificación de cómo se da la atención de los servicios de salud a mujeres embarazadas a través del perfil de la determinación social (perfil epidemiológico), recopilando los evidenciado en la matriz de procesos críticos (Concha, 2015); en el estudio sobre labio y paladar hendido no sindrómico, en el marco de la determinación social, indagan la categoría clase social, territorio y los procesos críticos en los diferentes dominio del proceso salud – enfermedad – atención de las familias afectadas, llegando así también a la elaboración de una matriz de procesos críticos (Maldonado, 2016).

Los estudios encontrados en esta búsqueda de literatura científica muestran que, al usar la categoría del perfil epidemiológico del enfoque de la epidemiología crítica

latinoamericana, metodológicamente no lo desarrollan por completo, evidenciando que se basan en algunas herramientas como lo es solo el análisis de los dominios (general, particular, singular), el análisis de los procesos críticos (protectores y destructivos) y en algunos hacen la matriz de procesos críticos, lo cual hace que no haya entre ellos un uso uniforme de lo que se define como perfil epidemiológico. Por otro lado, hay otros estudios que tienen muy claro este enfoque en la teoría, pero luego en la metodología y la presentación de los resultados no lo ejecutan de modo concordante.

## **1.2 Planteamiento del problema**

En el departamento del Chocó, ubicado al oeste de Colombia, se encuentra el municipio de Bojayá, sitio en el cual desde el año 1997 se iniciaron los conflictos entre paramilitares y guerrilleros por la disputa del territorio para ser apropiado por alguno de estos grupos armados ilegales. Desde ese entonces ha sido continua la violencia en contra de la población civil residente de Bellavista (cabecera municipal de Bojayá). Las dinámicas del conflicto armado restringieron la movilidad por vía fluvial a sus pobladores, impidiendo la entrada de alimentos y provisiones, como parte de estrategias de control territorial desde los grupos armados en disputa.

Durante el periodo del 2000 al 2002, el control y la represión por parte de los grupos armados presentes tanto en Bojayá como en la cercana Vigía del Fuerte - Antioquia, hicieron que incrementara el desplazamiento forzado de la población en la región; los alcaldes y demás funcionarios públicos, al recibir amenazas contra sus vidas y las de sus familiares decidieron desplazarse y continuar sus funciones en ciudades como Quibdó y Medellín.

Desde el año 2001 se venía dando alerta por parte de diferentes entidades como la Procuraduría Delegada para los Derechos Humanos, la Defensoría del Pueblo, la Diócesis de Quibdó, organizaciones no gubernamentales y organismos de control, en donde ratificaban la inminente confrontación en la región entre guerrilleros y paramilitares por la disputa del territorio. (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2010)

Hasta que el 2 de Mayo de 2002 en Bellavista ocurrió lo inevitable, cuando la población civil terminó atrapada entre dos fuegos, determinándose así la ocurrencia de la masacre de Bojayá, donde un grupo de guerrilleros lanzó un cilindro-bomba contra los paramilitares

que se encontraban resguardados detrás de la iglesia llena de civiles afrodescendientes, este impactó el techo del lugar, causó la muerte de 119 personas y dejó 98 heridos (Londoño et al., 2005); la presencia de escombros producto de la caída del techo y el impacto del cilindro sobre el altar, los cuerpos desmembrados y la sangre esparcida por todo lado, produjo una gran alteración en la salud física y mental de los sobrevivientes, además de la pérdida de muchas vidas y de infraestructura (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2010). Después del suceso, las confrontaciones continuaron y el desplazamiento forzado fue inminente, la presencia y apoyo del Estado fue casi nula en cuanto a seguridad, a pesar de las numerosas alertas que advertían la gravedad de los hechos que se estaban presentando.

El total de personas víctimas del conflicto armado en el municipio de Bojayá según el Registro Único de Víctimas (RUV) es de 3.601 con un porcentaje del 35.7%. (MINSALUD, 2015) y el total de víctimas sobrevivientes a la masacre del 2 de mayo de 2002 ocurrida en Bellavista, para el año 2018 es de 162 personas, según dato suministrado por el Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá, en comunicación personal.

En la actualidad, las necesidades en cuanto a vivienda, economía, seguridad y lo más importante, la salud, son vitales para el resurgimiento de las poblaciones afro e indígenas sobrevivientes al hecho victimizante. En los planes de desarrollo recientes del municipio, según información del sector salud, se encontraron reportadas las principales causas de morbilidad sentida y morbilidad por registros de atención para la totalidad de la población de usuarios que acuden a los servicios de salud que habita el municipio de Bojayá (Alcaldía Municipal de Bojayá, 2012), pero no se logró ubicar información diferenciada relativa al perfil epidemiológico de las víctimas de manera específica (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Morbilidad por Enfermedades en el Municipio de Bojayá**

No.	MORBILIDAD SENTIDA	MORBILIDAD REGISTRADA
1	Enfermedades de los Dientes	Infección Respiratoria Aguda (I.R.A.)
2	Enfermedades de la Piel	Parasitismo Intestinal
3	Parasitismo	Infección en Vías Urinarias
4	Gastritis	Enfermedad Diarreica Aguda (E.D.A.)
5	Hipertensión Arterial (H.T.A.)	Vulvo Vaginitis

*Tomada de: Plan de Desarrollo del Municipio de Bojayá 2012 – 2015.*

Frente a la respuesta que el Estado ha brindado en cuanto a la recuperación en materia de salud a los sobrevivientes, esta ha presentado graves falencias institucionales para atender de manera efectiva y oportuna a estas víctimas de la violencia. Varias de estas personas aún presentan problemas de salud física y mental, quienes fueron heridos presentan graves secuelas y el acceso integral a los servicios de salud ha sido difícil. (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2010); Bojayá todavía no se encuentra certificado en materia de salud; cuenta con un centro de salud de baja complejidad en la cabecera municipal el cual requiere mantenimiento general de infraestructura física debido a su mal estado, (PNUD, 2015) y es allí a donde la comunidad acude para cubrir algunas necesidades básicas en salud, pero para tratamientos especializados deben remitirse a las ciudades de Quibdó y Medellín, las cuales quedan bastante alejadas y la mayoría de la población no cuenta con seguridad social. En una entrevista realizada por el Grupo de Memoria Histórica de la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación a los médicos del centro de salud, aseguran que se han realizado brigadas de salud en varios sitios del municipio, pero por la escasa dotación y la deficiencia de equipos y medicamentos con las que dispone el centro, resultan insuficientes para cubrir las necesidades de la población. (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2010)

En el año 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD) realizó una valoración comunitaria de necesidades de salud, debido a las solicitudes constantes de la comunidad, en donde expresaban que requerían una valoración y atención especializada en salud para los sobrevivientes afectados por la masacre. Esto se hizo posible junto con la gestión del Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá. La metodología que se usó para la realización de esa valoración comunitaria fue la de grupos focales, orientados a conocer los principales sentires y afectaciones en salud con relación al suceso victimizante, para hacer una identificación inicial de sus necesidades primordiales y posteriormente establecer un plan de atención pertinente para la población. Los profesionales que realizaron la actividad, al final llegaron a varias conclusiones, entre ellas, la necesidad del estudio del perfil epidemiológico de esta comunidad para la identificación adecuada de las afectaciones en salud que han ido presentando, y la articulación con los saberes ancestrales como estrategias de afrontamiento después de la masacre (MINSALUD, 2017). Por otro lado, el Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá gestionó con el Ministerio de Salud y Protección Social, el desarrollo de un proyecto del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) específico para

los sobrevivientes a la masacre del año 2002 denominado “Reparación física, mental y psicosocial de las víctimas de Bojayá”, el cual inició en el año 2018 y culminó en el año 2019, aunque en este proyecto no se incluyeron a todos los lesionados identificados; hasta el momento no existen publicaciones académicas o datos públicos accesibles acerca de los resultados de esa valoración.

Por todo lo anterior, es pertinente realizar un análisis del perfil epidemiológico integral de esta población de personas supervivientes a la masacre de Bojayá del año 2002, para lo cual se ha elegido trabajar bajo el paradigma de la Epidemiología Crítica Latinoamericana, a partir de lo planteado por Jaime Breilh, en donde se establece un sistema de categorías y una propuesta metodológica que posibilita entender las dimensiones de la determinación de la salud incorporadas a los modos de vida propios de cada grupo social (Breilh, 2003). El autor define el perfil epidemiológico como el movimiento de la contradicción entre los procesos protectores y destructivos que operan en los modos de vida grupales característicos, y que, a la vez, ponen límites posibles a los estilos de vida individuales de las personas que lo integran, permitiendo la expresión singular de salud, enfermedad, vida o muerte, en las personas (Breilh, 2003, 2010).

En el marco analítico a utilizar para la presente investigación, se han empleado igualmente elementos que provienen de la Teoría Decolonial y el feminismo interseccional, con el fin de afinar la especificidad del modelo analítico a las realidades planteadas por una población afrodescendiente, históricamente marginalizada en el ámbito de lo rural, en medio de un conflicto armado interno, y con amplia presencia femenina entre las supervivientes, dado que las construcciones analíticas proveídas por Breilh no han sido formuladas para lidiar con tales especificidades de nuestra población de estudio.

El resultado de esta investigación puede servir como insumo para aportar en la articulación de las necesidades en salud fundamentales que se contemplan dentro del plan integral de reparación individual y colectiva del cual la comunidad se hará beneficiaria (Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, 2018) y que el Estado ha de implementar a la luz de la Ley 1448 de 2011 *“Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”* y del Decreto-Ley 4635 de 2011 *“Por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras”*, en

donde no solo se haga acompañamiento psicosocial, como ha sido lo usual hasta el momento en lo poco implementado, sino también el acompañamiento en la recuperación de las lesiones físicas ocasionadas en el momento de la masacre.

Además, dentro de las exigencias de la comunidad, se encuentra la ampliación de la cobertura de los servicios de salud con la construcción de un hospital (El País, 2017), el cual incluya profesionales que tengan formación en la cultura ancestral propia, con posibilidad de resolver estas necesidades en salud derivadas del suceso victimizante, permitiendo que la población no tenga que desplazarse a otras ciudades para los diagnósticos y tratamientos de las mismas.

### **1.3 Pregunta de investigación**

De acuerdo con el problema de investigación planteado surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es el perfil epidemiológico crítico de la población víctima del conflicto armado que sobrevivió a la masacre de Bojayá - Chocó ocurrida en el año 2002, teniendo en cuenta indicadores de morbilidad, mortalidad, discapacidad y salud?

### **1.4 Justificación**

Este trabajo tiene como finalidad la exploración del proceso salud-enfermedad-cuidado-muerte de los sobrevivientes a la masacre de Bojayá ocurrida en el año 2002, ya que se ha identificado que la información con respecto a ello es escasa y que el Estado ha tenido una baja atención frente a los problemas de salud emergidos en los sobrevivientes después de dicho evento. Las investigaciones del estado de salud de esta población se han limitado, a lo sumo, al impacto psicosocial pero no a la comprensión de las alteraciones instauradas en la salud física, ni al desarrollo de un perfil epidemiológico completo que los caracterice. Lo anterior resulta adecuado y oportuno como insumo para apoyar la articulación de respuestas apropiadas y efectivas ante sus necesidades individuales y colectivas, desde el sector salud y la misma comunidad, que propendan por el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de las personas sobrevivientes a la masacre de Bojayá, en el marco de la reparación integral de que son subsidiarias.

Se espera que, a partir de esta caracterización, se identifiquen los procesos destructivos, partiendo del suceso victimizante, y los procesos protectores de diversa índole, incluyendo



aquellos que las víctimas desarrollaron como estrategias para el afrontamiento desde los niveles singular y particular, junto con el modo en que la sociedad en general ha participado en el posible desarrollo de tales condiciones, así como el conjunto de indicadores de salud, enfermedad, cuidado, muerte, resultantes de la interacción dialéctica entre todos los elementos anteriores.

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo general**

Determinar el perfil epidemiológico de la población víctima del conflicto armado que sobrevivió a la masacre de Bojayá – Chocó ocurrida en el año 2002, teniendo en cuenta indicadores de morbilidad, mortalidad, discapacidad y salud; así como procesos pertenecientes al ámbito de lo general, lo particular, y lo singular; desde la perspectiva de la epidemiología crítica latinoamericana.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

- Analizar la estructura de la sociedad en general en cuanto a sus determinaciones sobre los dominios de lo particular y lo singular, en la población de víctimas sobrevivientes de la masacre de Bojayá.
- Caracterizar los procesos destructivos y protectores de la salud en el dominio de lo particular en términos de alteraciones en el modo de vida, redes sociales y familiares, y estrategias de afrontamiento grupales.
- Establecer el perfil de procesos protectores y destructivos de la salud en el nivel de lo singular, expresados en causas de mortalidad, morbilidad, discapacidad y salud en lo individual.

## 2. Marco teórico conceptual

Se conceptualiza a la Determinación Social de la Salud (DSS) como teoría general que hace parte de los fundamentos teóricos desarrollados en esta investigación. La DSS hace parte de una de las tres categorías centrales de la propuesta de la epidemiología crítica, desarrollada por varios autores de la corriente latinoamericana. Este eje teórico junto con categorías como la reproducción social y el metabolismo sociedad-naturaleza han conformado la propuesta a la ruptura del paradigma de la salud pública (Breilh, 2013a y 2013b). Hacia la década de los 70, se dieron las condiciones para que diversos núcleos de la Medicina Social Latinoamericana (MSL) centraran su atención en la relación entre lo social y la salud, en este contexto, fue posible proponer el uso de la idea de la DSS en la epidemiología; planteándose como un instrumento para trabajar la relación existente entre la reproducción social, los modos de vivir, de enfermar y morir; además, esta herramienta teórico metodológica alimentó y forjó la construcción de la epidemiología crítica latinoamericana (Breilh, 2013a).

Para autores como Jaime Breilh, la DSS es una propuesta contrahegemónica que se encamina a entender la salud como un complejo multidimensional que tiene en cuenta los procesos de la lógica de la reproducción social, en donde se articula el sistema de contradicciones que se unen en los dominios general, particular y singular; así mismo, la DSS analiza las relaciones de poder a través de una matriz que integra categorías de clase, género y etnia; demostrando de esta manera la necesidad de plantear nuevas categorías y metodologías para la epidemiología (Concha, 2015; Breilh, 2010b).

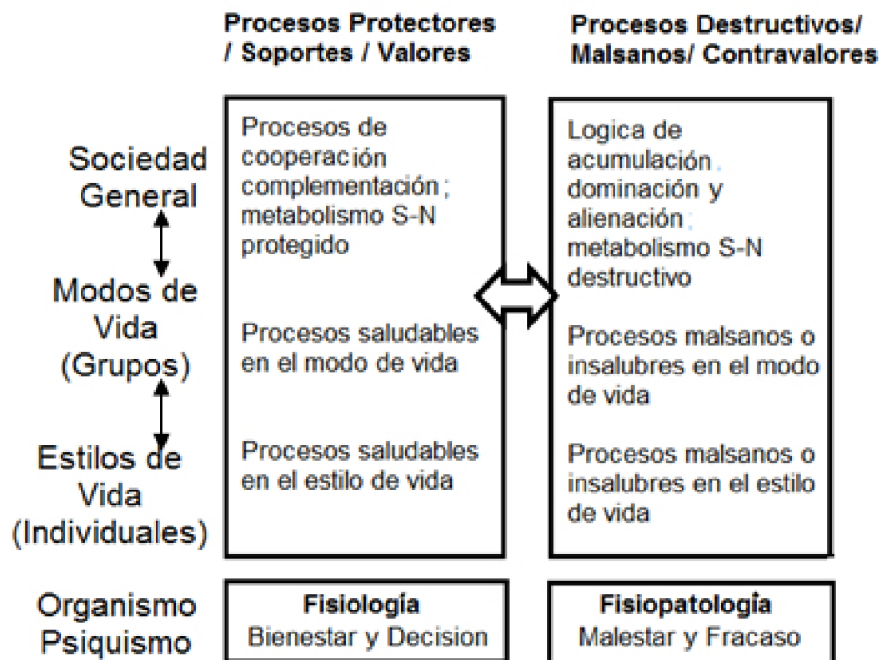
La Epidemiología Crítica Latinoamericana surge en la década de los 70's, producto de la oposición y ruptura a la epidemiología convencional positivista, es concebida como uno de los ejes disciplinares de la Medicina Social y movimiento alternativo de la Salud Pública (Hernández, 2009); fue forjada en escenarios académicos en donde, siempre ha tenido como fuente de inspiración la lucha continua de los pueblos, quienes buscan acabar con el régimen social acumulador de riquezas. (Breilh, 2013a)

Esta epidemiología, permite explicar la relación que existe entre el sistema social, los modos de vivir y la salud, entendiendo así la distribución por clases de las formas e intensidades de la exposición de las personas a los procesos nocivos; la vulnerabilidad de las comunidades que se encuentran en diferentes inserciones sociales y entender el metabolismo social – naturaleza y su impacto social (Breilh, 2013a).

La epidemiología moderna, en sus corrientes hegemónicas, está enfocada principalmente a los procesos individuales y la dimensión social de los fenómenos sanitarios es reducida a una variable externa que influye en el estado patológico de las personas; mientras que, en la epidemiología crítica los procesos colectivos se toman como un elemento irreductible frente a lo individual; por lo tanto es importante mantener una lógica dialéctica que equilibre los dos polos del movimiento de determinación (individual y colectivo) y que a su vez sean entendidos cada uno por aparte. Para entender estos movimientos el autor Samaja los describe de la siguiente manera: *“un proceso de generación de cambio que va de lo micro (individuo, más simple) hacia lo macro (social, más complejo); al que se opone dialécticamente un proceso de reproducción de las condiciones generales de la sociedad”* (Breilh, 2013a).

El instrumento de trabajo primordial se basa en el análisis de los procesos de reproducción social en las distintas dimensiones del proceso salud – enfermedad, entendido como los dominios de lo general, particular y singular, los cuales son operativizados en la matriz de procesos críticos que es desarrollada en la categoría del perfil epidemiológico propuesta por Jaime Breilh, quien lo define como el movimiento de la contradicción entre los procesos protectores y destructivos (procesos críticos) que operan en los modos de vida grupales característicos, y que, a la vez, ponen límites posibles a los estilos de vida individuales de las personas que lo integran (Breilh, 1979, 2003, 2010a; Breilh y Granda, 1980). El autor representa gráficamente la manera como se dan los procesos de causación en el perfil epidemiológico (Figura 2).

Figura 2. Perfil Epidemiológico



Fuente: Breilh, 2013.

Al respecto refiere que esta perspectiva “es un alejamiento de la noción lineal de ruta (pathway), planteando una comprensión dialéctica del proceso de determinación por generación y reproducción, donde opera el movimiento entre subsunción y autonomía relativa, para soslayar una posible interpretación lineal del movimiento de determinación.” (Breilh, 2013a).

La matriz de procesos críticos permite recolectar información acerca de las necesidades más importantes de las colectividades a partir de la planeación estratégica participativa, en donde se incluyen aspectos sociales, políticos, económicos y culturales de cada espacio social y que estos a su vez pueden ser beneficiosos o destructivos para la salud de las comunidades (Gómez, et al., 2007). Además, en esta matriz también se pueden determinar dentro del proceso de salud – enfermedad, las expresiones de salud genotípicas, fenotípicas y ambientales (ecológicas) de los grupos humanos clave, quienes son definidos según su inserción social (clase), género, raza y etnia (Breilh, 1999).

El proceso crítico es entendido como “un objeto dinámico de transformación de una gestión de salud, que se define o concreta en la confluencia de un territorio o espacio social; donde

se destacan con fines de gestión ciertas dimensiones del perfil epidemiológico; aplicados a grupos sociales claves en el proceso participativo; todo lo cual implica enfocar con preeminencia ciertos efectos o procesos terminales” (Breilh, 1999). Los procesos críticos están involucrados dentro de cada uno de los dominios que configuran el perfil epidemiológico (ver Figura 2) y que a su vez se definen por los **modos de vida** grupales los cuales son entendidos como la expresión de las formas de actividad cotidiana en donde los individuos y grupos sociales mediante las condiciones económicas y sociales, satisfacen y desarrollan sus necesidades materiales y espirituales; y los **estilos de vida** individuales definidos como las formas de vida vinculados a las actividades y comportamientos cotidianos que realizan los seres humanos, algunos saludables y otros no; así mismo están determinados por las conductas y hábitos individuales y grupales que resultan en la satisfacción de las necesidades para lograr la calidad de vida (Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO, 2014).

Para comprender los procesos determinantes, se debe tener en cuenta las relaciones que existen tanto de forma grupal como individual para así inferir en cómo las comunidades enfrentan el proceso salud – enfermedad, es aquí donde se contemplan aspectos como las **estrategias de afrontamiento**, las cuales son definidas como la manera en que la o las personas le hacen frente una situación cualquiera, la asimilan, manejan e interpretan para encontrar solución y generar una respuesta positiva. Otro aspecto son las **redes de apoyo sociales**, que son conjuntos de relaciones que están conformadas por diferentes actores sociales (individuos, comunidades, instituciones, etc.), quienes se encuentran vinculados unos a otros, en donde podrían afectarse positiva o negativamente entre sí; y las **redes de apoyo familiares** que son aquellos conjuntos relacionales entre personas que se consideran a sí mismas como una unidad básica de coexistencia y apoyo mutuo, basado en buena medida, pero no exclusivamente en la consanguinidad; en el marco de los cuales se despliegan todos los recursos afectivos, psicológicos y emocionales que se usan para hacer frente a diversas situaciones en riesgo que se presentan en las condiciones de vida de un individuo, creando lazos entre sí para brindarse apoyo.

Además, es importante identificar las categorías que forman parte del proceso vital humano (Franco, 1993) y que ayudan a definir cómo está constituido el proceso salud - enfermedad dentro de las comunidades, tales como la **vida** que comprende lo relacionado a la existencia de un ser vivo, en donde cada órgano debe cumplir sus funciones en

coordinación con todas las actividades del cuerpo, se refiere a la capacidad de nacer, crecer, reproducirse y morir; la **salud** que es el estado de completo bienestar físico y mental que tiene todo ser vivo, donde no padece ninguna enfermedad y puede ejercer con normalidad todas sus funciones (Organización Mundial de la Salud - OMS, s.f.a); la **enfermedad** entendida como la alteración del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, las cuales son manifestadas a través de síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible (Herrero, 2016) y la **muerte** que es el resultado de la incapacidad orgánica para sostener la homeostasis, el cese de las funciones sistémicas vitales, es la ausencia de vida. Existen además indicadores de efectos terminales que también pueden aportar a la interpretación de este proceso, tales como:

**Morbilidad:** Es la cantidad de personas que enferman en un lugar y periodo de tiempo determinado en relación con el total de la población. Esta se puede identificar de dos maneras: como **morbilidad sentida** que es la definición dada por un individuo a partir de la percepción de los síntomas y molestias que aquejan su salud, y la **morbilidad detectada** que son todas aquellas alteraciones de salud identificadas por el personal de salud.

**Mortalidad:** Es la relación existente entre las defunciones ocurridas durante un tiempo determinado y la población total de un lugar geográfico.

**Discapacidad:** Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF desarrollada por la OMS, es definida como “*el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales (físicas, intelectuales o mentales) de la persona y del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona*”; (MINSALUD, s.f.) este concepto abarca las deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, mostrando así los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud, con los factores ambientales y personales que lo rodean (OMS, 2001). Y según la Resolución 113 de 2020 se categorizan en:

- **Discapacidad física:** *“En esta categoría se encuentran las personas que presentan en forma permanente deficiencias corporales funcionales a nivel músculo esquelético, neurológico, tegumentario de origen congénito o adquirido, pérdida o ausencia de alguna parte de su cuerpo, o presencia de desórdenes del movimiento corporal. Se refiere a aquellas personas que podrían presentar en el*

*desarrollo de sus actividades cotidianas, diferentes grados de dificultad funcional para el movimiento corporal y su relación en los diversos entornos al caminar, desplazarse, cambiar o mantener posiciones del cuerpo, llevar, manipular o transportar objetos y realizar actividades de cuidado personal, o del hogar, interactuar con otros sujetos, entre otras” (MINSALUD, 2020).*

- **Discapacidad auditiva:** *“En esta categoría se encuentran personas que presentan en forma permanente deficiencias en las funciones sensoriales relacionadas con la percepción de los sonidos y la discriminación de su localización, tono, volumen y calidad; como consecuencia, presentan diferentes grados de dificultad en la recepción y producción de los mensajes verbales y, por tanto, para la comunicación oral. Se incluye en esta categoría las personas sordas y a las personas con hipoacusia esto es, aquellas que debido a una deficiencia en la capacidad auditiva presentan dificultades en la discriminación de sonidos, palabras, frases, conversación en incluso sonidos con mayor intensidad que la voz conversacional, según el grado de pérdida auditiva” (MINSALUD, 2020).* Por pérdida de audición discapacitante se debe tener en cuenta y como referencia una pérdida auditiva mayor a 40dB en adultos en el oído con mejor audición y mayor a 30 dB en niños en el oído con mejor audición, estas pérdidas se pueden clasificar en leves, moderadas, severas o profundas y afectar uno o ambos oídos. (OMS, 2019)
- **Discapacidad visual:** *“En esta categoría se incluyen aquellas personas que presentan deficiencias para percibir la luz, forma, tamaño o color de los objetos. Se incluye a las personas ciegas y a las personas con baja visión, es decir, quienes, a pesar de usar gafas o lentes de contacto, o haberse practicado cirugía, tienen dificultades para distinguir formas, colores, rostros, objetos en la calle, ver en la noche, ver de lejos o de cerca, independientemente de que sea por uno o ambos ojos” (MINSALUD, 2020).*
- **Sordoceguera:** *“La sordoceguera es una discapacidad única que resulta de la combinación de una deficiencia visual y una deficiencia auditiva, que genera en las personas que la presentan problemas de comunicación, orientación, movilidad y el acceso a la información. Algunas personas sordociegas son sordas y ciegas total, mientras que otras conservan restos auditivos y/o restos visuales” (MINSALUD, 2020).*

- **Discapacidad intelectual:** *“Se refiere a aquellas personas que presentan deficiencias en las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia. Estos producen deficiencias del funcionamiento adaptivo, de tal manera que el individuo no alcanza los estándares de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida cotidiana, incluido la comunicación, la participación social, el funcionamiento académico u ocupacional y la independencia personal en la casa o en la comunidad”* (MINSALUD, 2020).
- **Discapacidad psicosocial:** De acuerdo a la Ley 1616 de 2013 y la OMS que define la salud mental como el estado de bienestar y dinámico en donde los sujetos individuales y colectivos pueden manifestar sus recursos mentales, cognitivos y emocionales, son capaces de afrontar la cotidianidad, el trabajo, el estrés normal de la vida, establecer relaciones, ser productivo y contribuir a la comunidad. Entendido todo esto entonces como que la salud mental es fundamental para el bienestar individual y el funcionamiento eficaz de la sociedad (MINSALUD, 2013; OMS, 2018). Partiendo de este concepto se puede definir la discapacidad psicosocial como la manera en que el individuo es incapaz de concretar las metas propuestas por el mismo dentro de su proyecto de vida, afectando diferentes entornos tanto individuales como colectivos que le permiten la participación plena y efectiva en la sociedad; estas afectaciones pueden ser causadas por algún evento presenciado en un momento de la vida que desconfiguro la percepción de cómo puede desenvolverse en su ambiente para afrontar el día a día.
- **Discapacidad múltiple:** *“Presencia de dos o más deficiencias asociadas, de orden físico, sensorial, mental o intelectual, las cuales afectan significativamente el nivel de desarrollo, las posibilidades funcionales, la comunicación, la interacción social y el aprendizaje, por lo que requieren para su atención de apoyos generalizados y permanentes. Las particularidades de la discapacidad múltiple no están dadas por la sumatoria de los diferentes tipos de deficiencia, sino por la interacción que se presenta entre ellos”* (MINSALUD, 2020).

Dentro de los estudios realizados con el enfoque de la epidemiología crítica latinoamericana se ha hablado de la importancia de la clase social, el género - sexualidad



y la raza - etnia, los cuales deben estar imbricados en el análisis del proceso salud-enfermedad para entender la salud como proceso social; estos son denominados como marcadores sociales y son tomados como referentes del estudio de las desigualdades y diferenciaciones en salud (Couto, et al., 2019). Los marcadores de diferenciación social se pueden determinar cómo construcciones sociales anteriores a la aparición de los sujetos, que se articulan ocasionando exclusión o inclusión social en menor o mayor grado, dependiendo de la posición social que ocupan, el tipo de control social y cómo son representados en el complejo sistema social del cual hacen parte. Estas categorías sociales operan de manera flexible, fluida y dinámica partiendo de los contextos históricos, las relaciones de poder y los procesos estructurales de la opresión (Couto, et al., 2019).

En las investigaciones latinoamericanas se ha utilizado el abordaje teórico-metodológico de la interseccionalidad, el cual se destaca por analizar y comprender las desigualdades sociales de clase, género y raza - etnia, generadas por la opresión, la subordinación colonizadora y capitalista que son evidenciadas en los niveles individual, institucional y estructural de las sociedades contemporáneas (Gil, 2008; Couto, et al., 2019). La interseccionalidad surge en la década de 1980, promovido por la autora afroestadounidense Kimberlé Williams Crenshaw, a partir de la lucha feminista (*Black Feminism*) por abolir la discriminación y la violencia de raza y género que han sufrido las mujeres negras estadounidenses en los contextos de dominación construidos históricamente (Viveros, 2010; Couto, et al., 2019). Esta propuesta ha sido agregada poco a poco en el campo de la salud pública para el estudio de la salud - enfermedad; autoras como Hankivsky (2012) argumenta que *“la interseccionalidad es un paradigma de investigación que tiene por objetivo abordar la complejidad que envuelve la producción y el mantenimiento de las disparidades en salud”*; y agrega que el análisis de la interseccionalidad no busca solo agregar categorías, sino que hace un esfuerzo por comprender lo que se establece en el cruce de dos o más ejes de opresión (Couto, et. al, 2019).

Estudios realizados acerca de las desigualdades en salud de las mujeres canadienses, principalmente en aquellas con situaciones de vulnerabilidad social (mujeres negras, mujeres mayores y pertenecientes a poblaciones tradicionales e inmigrantes), muestran que, al analizar las diferencias socioeconómicas de las mujeres aborígenes y no aborígenes, se evidencia que la mujer aborígen es más vulnerable por las dificultades que

tiene de acceso a la educación, el trabajo, la seguridad y la protección social. Esto demuestra que la intersección de las diferencias que estratifican socialmente a los humanos se percibe en los diversos escenarios de las desigualdades sociales con consecuencias en la salud (Benoit, et al., 2009).

En estudios donde es usada la variable raza - etnia, se asocia comúnmente como indicador socioeconómico enmarcada así con propósito clasificatorio el cual puede ser susceptible a cambios en los entornos políticos o sociales que se producen a través del tiempo, esto evidencia que esta variable se toma como un constructo social que dirige la distribución de peligros y oportunidades en una sociedad. Diferentes autores sugieren que para el uso adecuado de esta variable hay que hacer una correcta definición que ayude a comprender mejor las disparidades en salud presentes en una sociedad para no caer en el error de tomarla sólo como variable clasificatoria alejada de este análisis y que pueda arrojar resultados incorrectos causados por una mala acepción del concepto; es así como ellos definen la pertenencia étnica como la manera en que un colectivo se identifica a sí mismo a partir de elementos comunes como el idioma, la religión, la cultura y las características físicas, y la raza se define como el proceso biológico que surge a partir de la reproducción (Vanegas, et al., 2008). A partir de esto, se concluye que este aspecto no debe ser separado analíticamente de otros, ya que puede tener un uso potencial tanto como determinante social o como determinante biológico de la salud, por lo tanto, la variable raza - etnia es una condición socio - cultural - genética (Vanegas, et al., 2008) que puede aportar al estudio de las desigualdades sociales inmersas dentro del proceso salud – enfermedad y que debe ser siempre analizada en conjunto para no cometer errores graves al momento de estudiarla.

En los estudios realizados acerca del racismo, el sexismo y el clasismo, se demuestra que también hace parte de las discriminaciones marcadas en poblaciones minoritarias las comunidades negras y que a su vez dichas comunidades se identifiquen así como sujetos pertenecientes a movimientos sociales importantes, ya que como lo menciona el autor Franklin Gil Hernández (2008) con el caso de la comunidad LGBT (homosexuales negros) y grupos afrocolombianos, en donde identificó diferencias políticas entre ambos, mostrando que los movimientos afrocolombianos no tenían en cuenta la agenda de las minorías sexuales, tomándolos como incómodos y haciéndoles participe en muy pocos ámbitos (artístico y cultural) y que las vivencias de las transgeneristas estaban más acorde con el escenario heterosexual, ya que la estigmatización se relaciona más con la misoginia

de la sociedad en general, a lo cual lo llaman transfobia (Urrea, Reyes y Botero, 2008). Frente a la idea que tienen las personas acerca de las minorías sexuales, como los estereotipos, el canon de belleza, el derecho de admisión y la presentación personal, influye mucho en la discriminación por género y clase mostrando como estos idearios pueden estar relacionados con los procesos históricos de dominación (esclavización y colonialismo) y con los procesos sociales como la exclusión y la violencia en contra de un individuo que haga parte de estas minorías, clasificándolos y jerarquizándolos dentro de los grupos humanos. Esto demuestra que el cruce de los marcadores sociales se centra en la comprensión de las desigualdades sociales actuales (Viveros, 2010).

La lucha política en contra del sexismo, clasismo y racismo se ha promovido principalmente por los movimientos sociales de mujeres negras y también por movimientos mixtos (hombres y mujeres), lucha que ha sido impulsada a raíz de la necesidad de hacerle frente a las posturas ideológicas hegemónicas del ámbito cultural que no reconocen a las “otras identidades” como legítimas y por este motivo son marginadas, cabe recordar que la identidad hegemónica auténtica significaría la del hombre, blanco, heterosexual y con buena solvencia económica y que por lo tanto se toma como la única reconocida para ejercer en el poder hacia los otros individuos, es por esto que el hecho de ser una mujer negra la pone en una posición de subordinación y opresión a nivel de estrato social, de género y grupo racial, que más difícil el poder desenvolverse y ser partícipe de las acciones políticas y culturales que promuevan la igualdad de sus derechos como persona (Curiel, 2002). Desde aquí también se ven relacionadas las desigualdades en salud marcadas en los grupos afrocolombianos, pues como ya se ha evidenciado históricamente, el hecho de tener esta pertenencia étnica los relega al punto de que son mayormente encontrados en las esferas más empobrecidas y poco atendidas por el gobierno.

En Colombia el racismo de Estado (término expuesto por el filósofo francés Michel Foucault) se hace evidente en el conflicto armado colombiano, siendo uno de los fenómenos más problemáticos y con mayor repercusión en las discusiones políticas Latinoamericanas y globales. Este conflicto se basa principalmente en la disputa por los territorios para el control de los mismos como fuente para el narcotráfico, en donde las poblaciones civiles que viven en estos lugares son expuestas como escudos que “protegen a uno u otro bando” en medio de esta guerra, y que en la mayoría de las veces sufren las consecuencias del racismo expresados en la forma en como son excluidos, abandonados,

marginados y discriminados por la falta de apoyo político que no se visibiliza en estas poblaciones para la restitución de sus derechos como civiles. Este fenómeno político y económico también es visible en la represión ante manifestaciones políticas de líderes sociales, la desaparición y el desplazamiento forzado que tienen que vivir miles de poblaciones étnicas al momento de proteger sus territorios y no ser partícipes de la guerra en la que tienen solo interés común el Estado y los grupos al margen de la ley (Ramírez, 2020).

El panorama que se muestra hacia los derechos de las comunidades afrodescendientes en Colombia es poco alentador, ya que, en términos de reconocimiento estos se ven amenazados y vulnerados como consecuencia del conflicto armado, ante el cual ellos desde siempre se han declarado neutrales. En las regiones del Litoral del Pacífico y el Atlántico donde se concentra mayormente la población negra, los patrones de marginalidad, tales como la mortalidad infantil son mucho más altos (mortalidad infantil 1,78 veces mayor) comparada con la de la población en general, y la esperanza de vida en los hombres y mujeres es seis y once años menos respectivamente con respecto al promedio poblacional (Programa de Justicia Global y Derechos Humanos, 2009); del mismo modo esta población en comparación con la población mestiza tiende a sufrir más los efectos de la pobreza, la hambruna y la indigencia, patrones que precisan aún más los efectos del racismo y la inacción del Estado y, como resultado de esa crítica falta de ayuda, las personas negras en Colombia suelen residir en lugares inhóspitos y de difícil acceso, sin que se resalte habitualmente que ello es debido a la constante guerra presenciada en el país y a que el mismo Estado no ha querido reconocer como problemática principal en las agendas políticas de la lucha por los derechos de los Colombianos.

La ausencia de políticas públicas efectivas en Colombia orientadas a defender la igualdad y diversidad de los grupos étnicos, ha emergido en faltas graves como la violación a los derechos políticos, civiles, económicos, culturales y sociales de estas poblaciones afrocolombianas. Según el informe **“Discriminación racial en Colombia: informe alterno ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial de la ONU – 2009”** se identificó que las principales problemáticas que afectan a estas comunidades son: la segregación de facto, la estigmatización y los señalamientos graves y continuos por parte de altos funcionarios del gobierno, la ausencia de penalización de los actos de discriminación y de acciones judiciales que permitan denunciarlos, y la falta de garantía de derechos como la consulta previa, el territorio, la autonomía, el derecho a una vida libre de

---

violencia, la salud, la educación, la vivienda y el trabajo (Programa de Justicia Global y Derechos Humanos, 2009); a lo largo de ese escrito quedan justificadas como la consecuencia de las principales desigualdades presentes en los marcadores sociales de raza - etnia, género - sexualidad y clase de las mujeres, hombres y niños afrocolombianos.

## 3. Diseño metodológico

### 3.1 Tipo de investigación

Estudio descriptivo de caracterización del perfil epidemiológico desde la perspectiva de la Epidemiología Crítica Latinoamericana, contemplando los siguientes aspectos: salud, morbilidad, mortalidad, y discapacidad; así como procesos del orden de lo general, lo particular, y lo singular.

#### 3.1.1 Encuadre metodológico

En este apartado, se definen los tres dominios de la matriz de procesos críticos trabajados para el análisis del perfil epidemiológico, en donde el dominio de lo **GENERAL** hace referencia al contexto social global que involucra el conjunto de procesos colectivos relacionados con la toma de decisiones y la estructuración en el macro nivel en cuanto a lo político, económico, cultural, social y ambiental; el dominio de lo **PARTICULAR** es entendido como las cuestiones de grupo de pertenencia en donde influyen las condiciones de vida sobre la salud – enfermedad de un individuo y que también alude a los modos de vida dentro de esos grupos de pertenencia; y el dominio de lo **SINGULAR** que aborda los estilos de vida de un individuo a partir de las condiciones de posibilidad que le deja su modo de vida; así como sus características fenotípicas, genotípicas y comportamentales (Ledesma, et al., 2019).

La determinación social va y viene pragmáticamente entre las dimensiones general, particular y singular, lo que quiere decir que se reproduce de lo general a lo particular y se genera de lo particular a lo general. En este proceso se dan formas de subsunción, en donde los procesos de la dimensión más simple se ejecutan bajo subsunción con respecto a los procesos de la dimensión más compleja y es allí donde surge que la relación social-biológica es un movimiento unificado entre las partes que sería la naturaleza (Breilh, 2013). La epidemiología crítica en todas sus aplicaciones, como la construcción de perfiles epidemiológicos y otros análisis sobre procesos de determinación social de la salud, usa

---

los mismos métodos de la epidemiología moderna, mixturados en algunas ocasiones con metodologías cualitativas. Así, la epidemiología crítica emplea mediciones cuantitativas tales como índices, porcentajes, tasas y proporciones de morbilidad y mortalidad, medidas de asociación entre variables, medición de paraclínicos, incidencias, prevalencias, etc., sin abandonar categorías diagnósticas clásicas de la medicina, aunque ampliando la mirada hacia la medición de otras realidades circundantes que las contextualizan; todo lo cual se analiza habitualmente en conjunto con otros resultados cualitativos y de revisión documental; integrando tales diferentes miradas en un esquema analítico amplio, no empleado por la epidemiología moderna y constituido entonces en signo distintivo de la epidemiología crítica para sus perfiles epidemiológicos, organizado a través de los tres dominios de la DSS: General, Particular y Singular. Ejemplos variados sobre lo anterior pueden verse en la amplia obra publicada por Jaime Breilh y Edmundo Granda, entre otros discípulos de esta corriente epidemiológica latinoamericana (Breilh y Granda, 1980; Breilh, Granda, Campaña y Betancourt, 1983; Breilh, Campaña y Granda, 1991; Soliz, 2014a, 2014b, 2016; Concha, 2015; Lozano, 2017; Castillo, 2018; Palacios, 2018; López, Larrea, Breilh y Tillería, 2020).

### **3.2 Población de estudio**

Bojayá es un municipio colombiano ubicado en el departamento del Chocó, reconocido como tal en 1960 y su cabecera es Bellavista. El área de extensión total es de 3.693 km<sup>2</sup> y limita al Norte con el Río Sucio, al Este con el departamento de Antioquia, al Sur con la ciudad de Quibdó y Alto Baudó y al Oeste con Bahía Solano (PNUD, 2015) (FONADE, s.f.). Las vías de comunicación para la entrada y salida del municipio son: Por vía aérea, hay que desplazarse al municipio vecino que es Vigía del Fuerte, en donde se encuentra un aeropuerto, sin vuelos comerciales; por vía fluvial, cuenta con una longitud de red fluvial por los ríos principales aproximadamente de 742.7 Km<sup>2</sup>, de los cuales son navegables 511.6 Km<sup>2</sup> aproximadamente, y por vía terrestre, el transporte es nulo por la incomunicación de las carreteras (Alcaldía Municipal de Bojayá, 2012) (ASOATRATO, 2017).

El universo de estudio son las personas víctimas del conflicto armado en Colombia que han sobrevivido a una masacre; la población a estudio está constituida por las víctimas

sobrevivientes a la masacre de Bojayá, Chocó – Colombia, ocurrida en 2002, con un tamaño de 162 personas (hombres y mujeres presentes en el suceso ocurrido el 2 de mayo de 2002 en Bellavista – Bojayá, y sobrevivientes a la fecha). Para los diferentes componentes se emplearon alternativamente el total de la población, o muestras no aleatorias. Se usaron diferentes fuentes de información, así:

- Tipo fuente 1. Fuentes Orales: Dirigidas a salud, discapacidad, mortalidad y morbilidad sentida. Entrevistas y otras fuentes orales (fuente primaria y secundaria). Cuando se trabajaron como fuente primaria, correspondieron a entrevistas colectivas a profesionales de la salud quienes realizaron evaluaciones clínicas en el marco del proyecto de extensión solidaria - Laboratorio de Salud Rural Comunidad de Bojayá, Chocó, ejecutado en el año 2018 (Ver anexo B), los cuales actuaron como informantes clave para la interpretación del estado de salud, discapacidad y morbilidad de las víctimas participantes; en este caso se entrevistó a la totalidad de profesionales de la salud que efectuaron las valoraciones de psicología, fonoaudiología, medicina y fisioterapia (n=4). Cuando se emplearon como fuente secundaria, se hizo referencia a conversatorios y grupos focales llevados a cabo por estudios anteriores disponibles, en el marco de sus propias características metodológicas, sobre cuyas poblaciones o muestras de referencia se aludirá cuando sean citados.
- Tipo de fuente 2. Documental gris: Dirigida a salud, morbilidad detectada y discapacidad. Constituida por documentos no publicados correspondientes a valoraciones clínicas y forenses individuales, llevadas a cabo a las víctimas, cuya consulta fue facilitada por estas a la investigadora o que quedaron con autorización de éstas en el momento de su levantamiento, para ser utilizadas en estudios posteriores; a partir de tales investigaciones previas se emplearon bases de datos y registros de información disponibles que se obtuvieron desde informantes clave (fuentes secundarias). Aunque se buscó mediante este componente recopilar información relativa a la totalidad de las personas supervivientes de la masacre de Bojayá en 2002, en cada caso se aludió a las particularidades metodológicas, poblaciones o muestras que hayan sido empleadas, cuando se citaron.
- Tipo de fuente 3. Documental pública: Dirigida a mortalidad, discapacidad, salud y morbilidad: a partir de documentos y bases de datos de instituciones públicas, de



---

consulta libre. Se incluyó información institucional y estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la Secretaría de Salud Departamental del Chocó, el Instituto Nacional de Salud (INS) y Medicina Legal (fuentes secundarias), referidos al total de la población de Bojayá, desde donde se pudieran encontrar datos coincidentes temporalmente y por sus patrones de lesión relacionados con la masacre de Bojayá; también se buscaron aquellas relativas específicamente a las personas supervivientes de tal masacre, pero ningún documento o base de datos específica y pública fue encontrada. En cada caso, se aludió a las particularidades metodológicas, poblaciones o muestras que hayan sido empleadas, cuando fueron citadas.

- Tipo de fuente 4. Documental publicada. Dirigida a salud, morbilidad sentida, morbilidad detectada, discapacidad y mortalidad: Constituida por información relativa a Bojayá y a las víctimas de la masacre en cuestión, contenida en publicaciones periódicas, libros, informes de organizaciones no gubernamentales o gubernamentales, entre otras fuentes documentales posibles. En cada caso, se aludió a las particularidades metodológicas, poblaciones o muestras que hayan sido empleadas, cuando sean citadas.

### **3.3 Limitaciones**

Las principales limitaciones para el desarrollo de los objetivos del proyecto derivaron de las dificultades de identificación y acceso a posibles bases de datos públicas existentes sobre el tema, diferentes a los registros reportados por el DANE, la Secretaría de Salud Departamental del Chocó, el INS y Medicina Legal en sus páginas web, en donde en cualquier caso fueron limitados los datos informados sobre Bojayá. Fue imposible, por ejemplo, acceder a bases de datos institucionales sobre la mortalidad presentada por las personas supervivientes a la masacre que han ido falleciendo posteriormente por diversas causas entre el 2002 y la fecha. Igualmente no se logró acceso a las bases de datos o informes oficiales publicados de resultado del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - PAPSIVI- desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social entre 2018 y 2019 con la población específica de supervivientes de la masacre; a la fecha de cierre de este informe final, y según información personal desde los líderes de diversas

organizaciones tanto de víctimas como de desplazados por ese suceso, ni siquiera ellos y sus organizaciones habían recibido retroalimentación sobre la información recabada por tal iniciativa gubernamental en torno a la población de supervivientes. De otro lado, el desarrollo de esta tesis de maestría coincidió temporalmente de manera parcial con la emergencia sanitaria planteada por la pandemia COVID-19, lo cual impidió la realización de salidas a terreno que habían sido previstas en el diseño inicial tanto con el fin de conseguir entre las víctimas entrevistas para profundizar aspectos clave detectados a través de las demás fuentes, como documentación personal sobre procesos de atención en salud recibidos o con datos sobre mortalidad ocurrida entre supervivientes con posterioridad al evento índice, así como con la intención de visitar instituciones locales en busca de entrevistas a informantes clave allí asentados, junto con informes grises no disponibles en la web y susceptibles de consulta libre sobre estos temas. La deficiente infraestructura de telecomunicaciones en la zona de Quibdó y Bojayá hizo imposible reemplazar tales encuentros presenciales por otros mediados virtualmente o vía telefónica, pese a que se intentó. Ello significó que debiera solicitarse aval al Comité de Ética de la Facultad de Medicina para modificaciones al diseño inicial, quien autorizó cambios metodológicos menores excluyendo tales fuentes de información de recolección directa en lo local.

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

La información cualitativa y cuantitativa que se obtuvo a partir de fuentes orales comunitarias y entrevistas colectivas, y de fuentes documentales (información institucional, reportes, y estadísticas vitales del DANE, entre otras descritas antes), fue organizada mediante el programa Excel a través de herramientas para la construcción de sábanas de datos cuantitativos o matrices de datos cualitativos. Posteriormente, para los análisis cualitativos se efectuó procesamiento manual mediado por las matrices construidas; y en cuanto a los datos cuantitativos se utilizó el programa Epi Info 7.2.0.1 empleando estadística descriptiva, nutrido a partir de las bases de datos elaboradas previamente en Excel. Siendo el foco de información principal el perfil epidemiológico encontrado entre las víctimas de Bojayá para el año 2018, la información ha sido organizada atendiendo al carácter procesual de configuración del proceso salud-enfermedad-cuidado en las víctimas de Bojayá durante el período 2002 – 2018. Así, en un primer momento se delineó el perfil

---

epidemiológico inicial alrededor de la masacre en el año 2002, y a continuación, el perfil epidemiológico del momento final observado como foco principal de este trabajo, correspondiente al año 2018. Se buscó así introducir un vector temporal-procesual para la comprensión del perfil epidemiológico crítico de la población a estudio según lo encontrado en el año 2018.

### 3.5 Aspectos éticos

De acuerdo a la **Resolución 8430 de 1993** establecida por el Ministerio de Salud, en donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia y según lo estipulado en el **Título II Capítulo I Artículo 11** sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, se clasifica esta investigación como de riesgo mínimo.

Asumiendo la confidencialidad de la información que se obtuvo a través de entrevista colectiva, se tomaron consentimientos informados (Anexo A) a las y los trabajadores en salud quienes hicieron parte de las valoraciones realizadas a través del proyecto Extensión Solidaria - Laboratorio de Salud Rural Comunidad de Bojayá - Chocó, en donde se trataron aspectos acerca de los temas en salud de esta comunidad.

Todos los documentos que se usaron como fuente secundaria (historias clínicas y bases de datos), fueron autorizados por sus respectivos autores, quienes dieron el visto bueno para ser usados con fines académicos y se verificó que se hubiera tomado dicha autorización de uso de las personas que brindaron la información en primer término para la construcción de las fuentes.

Para las bases de datos institucionales (como las del DANE), estas se emplearon de manera anonimizada y se hizo la respectiva revisión de que fueran de uso público; además, se les dio su respectivo reconocimiento mediante citación en esta investigación.

Esta investigación obtuvo el aval del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia para su ejecución con fecha del 14 de diciembre de 2018 y número de acta correspondiente 020-348-18; además, debido a las restricciones de seguridad sanitaria impuestas por el gobierno nacional a causa de la pandemia por

COVID-19 y acudiendo a las directrices de la universidad, se realizaron modificaciones metodológicas menores las cuales fueron aprobadas el día 13 de mayo de 2020 con número de acta 007-054 para la continuación del mismo.

## **4. Resultados**

### **4.1 Momento 1. El perfil epidemiológico del conflicto expresado en la masacre, año 2002**

#### **4.1.1 El dominio de lo general: contexto socio – político y económico que rodeó a la masacre ocurrida en Bojayá el 2 de mayo de 2002**

Desde el dominio de lo general se ha reconstruido en este primer momento el contexto en el que se encontraba Bojayá para el año 2002, y se ha dividido en diferentes dimensiones para su comprensión.

Desde la dimensión económica, nos encontramos con una región con grandes riquezas debido a las características naturales, recursos selváticos aptos para la producción agrícola con objetivos industriales (monocultivos de palma africana) y extractivos (maderas) (Mingorance, Minelli y Le Du, 2004), y recursos mineros, siendo a su vez una zona rural abandonada por el Estado donde no existía entonces, ni ahora, garantía en materia de derechos humanos.

Esta zona rural que ha sido abandonada por el Estado entra en el conjunto de todas aquellas poblaciones las cuales han sido y siguen siendo marginadas por la organización económica y política de los dominios coloniales y postcoloniales, que aún podrían ser vistos como sitios en donde el propio Estado no ha logrado restablecer la ley y el orden, y que al ser tomados como lugares periféricos se consideran insuficientemente socializados en los marcos de la ley (Das y Poole, 2008).

En una dimensión estatal, antes de la masacre el Estado fue alertado previamente por la Diócesis de Quibdó, dando aviso de la presencia de grupos armados ilegales (FARC y paramilitares) que podrían atentar en contra de la población civil (Centro Nacional de

Memoria Histórica, 2010). El gobierno de la época evadió las denuncias, lo que resultó en la ausencia de una respuesta efectiva de su parte. Por otro lado, existía una disputa activa por el asentamiento de tales grupos armados ilegales, pugnando para la fecha por los territorios de Bellavista y Vigía del Fuerte, intimidando y presionando a la población del territorio, (Revista Semana, 2002) y en respuesta a esto era inminente la emergencia de una posible confrontación que afectaría a centenares de personas.

Después del suceso victimizante índice tomado para este proyecto, una masacre, la llegada de fuerzas militares para el control del territorio (Corte Constitucional, 2004) y los continuos enfrentamientos en los diferentes corregimientos de Bojayá impidieron la búsqueda de los desaparecidos, la atención a los heridos y desplazados, el entierro de los muertos y el arribo de comisiones humanitarias con ayudas de emergencia (Noche y Niebla, s.f.).

En cuanto a la dimensión social, después del suceso victimizante, la Diócesis de Quibdó hizo fuertes declaraciones atribuyendo la responsabilidad y la autoría de la masacre a los paramilitares, las FARC y al Estado (ZENIT, 2002).

Además, la Diócesis de Quibdó expresó su compromiso para ayudar y proteger a los sobrevivientes de la continua violencia después del fatal suceso, pero a su vez denunció las pocas garantías gubernamentales en materia de recuperación del tejido social y la reparación integral de las víctimas que se evidenciaron en lo sucesivo (ZENIT, 2002).

#### **4.1.2 El dominio de lo particular: modos de vida, redes sociales, familiares y estrategias de afrontamiento grupales de los Bojayaceños en torno a la masacre**

En el dominio de lo particular, se presenta la información que permite entender los modos de vida, las redes sociales y estrategias de afrontamiento que la comunidad Bojayaceña empleó en torno a la masacre; de igual manera se ha nombrado en varias dimensiones para su contextualización.

En la dimensión cultural, desde la llegada de estos grupos armados, la comunidad empleaba como estrategia protectora darles a conocer su **Declaratoria de Autonomía** como forma de resistencia pacífica para la exigencia al respeto por la vida de la población civil (Serrano, 2012). Además, la comunidad consideraba a la iglesia como lugar de

protección, por ser un lugar sagrado e intocable, ante los ataques entre diversos grupos armados presentes en la zona.

En la dimensión de apoyo comunitario, en el momento de la masacre los sacerdotes católicos ayudaron a los sobrevivientes a huir a Vigía del Fuerte, para protegerlos. (Revista Semana, 2002)

Por otro lado, existió la ayuda voluntaria de varios pobladores que retornaron a Bojayá para identificar y socorrer a los heridos, pero también se evidenció la imposibilidad de efectuar ritos funerarios a los muertos según sus creencias religiosas y prácticas culturales, y los cadáveres encontrados fueron enterrados selva adentro en una fosa común (Serrano, 2012) (Revista Semana, 2002).

Después del suceso, se implementó la reconstrucción de la memoria histórica a través de redes comunitarias como estrategia de afrontamiento grupal (Bello et al., 2005) y la conformación del grupo de red de tejedoras por la vida (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2010), pero continuó la exposición a situaciones de desarraigo de la tierra y sus costumbres.

En la dimensión de condiciones de vida, antes de la masacre, la supervivencia de los pobladores giraba en torno a una economía rural para el desarrollo de diversas actividades productivas como de caza, pesca, agricultura y labores con la explotación de madera; los hombres eran quienes salían en la búsqueda del sustento y las mujeres solían desempeñar actividades de cuidado, las cuales no eran remuneradas; ambas labores encaminadas siempre al sustento del grupo familiar, que se aprendían desde temprana edad; no obstante, algunas mujeres también aprendían sobre actividades productivas remuneradas, bien fuera por ser madres cabeza de hogar o por ayudar a sus esposos (Bello et al., 2005).

Después del suceso, llegaron los cambios socioeconómicos que mostraron la disminución de los ingresos, la reducción y el impedimento de poder realizar las actividades productivas y que la mujer dejara a un lado las labores del hogar para empezar también a buscar primordialmente el sustento básico de su familia (Bello et al., 2005). Así mismo, fue claro el desplazamiento forzado masivo que, según dato de las Naciones Unidas estimaban en alrededor de 30.000 pobladores, quienes atravesaban el río huyendo de la guerra, dirigiéndose a la capital del Chocó (Revista Semana, 2002; ZENIT, 2002), además del

afrontamiento de precariedad, dado por el hacinamiento y las pérdidas materiales que fueron asociadas directamente al conflicto armado (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2010).

Como se puede evidenciar de acuerdo con lo descrito anteriormente, y haciendo un pequeño diálogo con lo propuesto por los autores Pedro Velandia y Eduardo Restrepo (2017) frente a los estudios realizados en afrocolombianos (principalmente en la región de Pacífico), se demuestra que en estas comunidades al momento de la masacre se encontraban organizadas, acorde con lo descrito para comunidades negras y otras racializadas colombianas desde la década de los noventa del siglo XX, cuando el multiculturalismo hizo un gran giro en las transformaciones políticas, dando a conocer a las personas racializadas como sujetos políticos capaces de constituirse en movimiento social y organizativo para poder tener control sobre sus prácticas tradicionales, su territorio y su identidad cultural, el cual se ha consolidado como diferente del resto del territorio colombiano. En esta misma década fue cuando arreció la disputa territorial a causa del narcotráfico, con la expansión de los cultivos de coca, el procesamiento y las rutas de transporte y exportación; fue entonces donde emergió en el territorio abordado el conflicto armado claramente evidenciado entre paramilitares y guerrilleros, quienes obstaculizaron darle continuidad a las investigaciones en el Pacífico acerca de la organización política y cultural de las comunidades afro. Luego, hacia los inicios de la época del dos mil, los estudios se centraron principalmente en los efectos del conflicto armado en la población, como el desplazamiento forzado y la violación de los Derechos Humanos, y en la estructura organizacional que emergía en toda la región Pacífica colombiana, tal como quedo ilustrado en secciones anteriores (Velandia y Restrepo, 2017).

#### **4.1.3 El dominio de lo singular: expresiones del proceso vital humano en tiempos de masacre**

En el dominio de lo singular, se presenta información que pone en evidencia cómo se configuran los estilos de vida de los individuos y sus familias a partir del resultado que emerge de las condiciones de vida; además se contextualizan las expresiones del proceso vital humano desde la dimensión salud - enfermedad - muerte.

Como resultado del ataque violento a la iglesia y según datos oficiales, en la masacre 117 civiles murieron, entre ellos 47 niños, de una población de 1.100 habitantes (10% de pérdidas humanas) (Revista Semana, 2002), hubo 114 heridos, 19 de gravedad y 95 con



heridas leves, los cuales fueron movilizados y atendidos en el Centro de Salud de Vigía del Fuerte. (ZENIT, 2002) (El País, 2002). El resultado ha sido descrito como “centenares de muertos, brazos sin dueño y la iglesia hecha trizas” (Serrano, 2012).

Como estrategia de afrontamiento individual, cantos y alabanzas expresando el dolor por la pérdida de sus seres queridos (Bello et al., 2005), por otro lado, ocurrió la presencia de graves afectaciones en salud tanto emocionales como físicas y el desarrollo de enfermedades poco comunes en la comunidad (N. Moreno, 2018).

Ante la solicitud de acciones humanitarias urgentes por parte de la comunidad a los entes gubernamentales, hasta el 4 de mayo de 2002 arribaron a Vigía del Fuerte dos helicópteros de la Brigada Aérea de Salud de la Gobernación de Antioquia para trasladar a heridos graves a Medellín y entregar medicamentos al Centro de Salud (ZENIT, 2002) (Corte Constitucional, 2004); existen versiones contradictorias entre fuentes orales recabadas y fuentes documentales consultadas, en cuanto a si en tales vuelos humanitarios fueron efectivamente trasladadas para atención víctimas civiles de la masacre, o no lo fueron. En cualquier caso, en el momento inmediatamente posterior al suceso no hubo una oportuna atención en salud, tanto en Bellavista como en Vigía del Fuerte (N. Moreno, 2018).

Por otro lado, según información suministrada por la misma comunidad (N. Moreno, 2018), solo las personas con lesiones más importantes fueron evaluadas a través de medicina legal para valorar secuelas, con posterioridad al suceso, la cual no hizo entrega de un dictamen médico a la mayoría de las personas valoradas, lo cual se concluye que solo dos personas, entre todos los supervivientes consultados, refirieron que se les entregó tal documento luego de esa valoración.

La tabla 3 muestra los datos informados por el DANE sobre mortalidad no fetal para el año 2002 en Bojayá (DANE, 2017), donde se evidencia que tales datos oficiales reportados son inconsistentes con las víctimas fatales establecidas para el suceso índice en las diferentes fuentes de información documentales reseñadas con el fin de dar cuenta de lo ocurrido al momento de la masacre.

**Tabla 3. Defunciones no fetales año 2002, Bojayá – Chocó**

MES	Frecuencia	Porcentaje
<b>Abril</b>	2	18,18%
<b>Mayo</b>	4	36,36%
<b>Octubre</b>	5	45,45%
<b>Total</b>	11	100,00%

**Fuente:** Elaboración propia, programa Epi Info 7.2.0.1. Realizada a partir de Estadísticas Vitales de Nacimientos y Defunciones del año 2002 - DANE. Revisado el 16 de septiembre de 2019.

Como procesos específicos de salud, los casos y las causas directas de muerte reportadas por el DANE para el año 2002 se muestran en la tabla 4. Las causas de muerte presentadas en el mes de mayo resultan compatibles con los sucesos ocurridos durante la masacre de Bojayá, sin que sea posible corroborar su asociación pues las bases de datos disponibles no contienen tal información; así mismo, las tres muertes por choque traumático del mes de octubre pudieron ser también consecuentes a los continuos ataques que se presentaron en durante el año por el conflicto armado en los corregimientos de Bojayá.

**Tabla 4. Casos y causas directas de muerte año 2002, Bojayá – Chocó**

MES	CASOS	CAUSAS DE MUERTE (c_dir1)
ABRIL	2	<b>I469:</b> PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO <b>B54X:</b> PALUDISMO (MALARIA) NO ESPECIFICADO
MAYO	4	<b>T794:</b> CHOQUE TRAUMÁTICO ( <b>2 CASOS</b> ) <b>S098:</b> OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS <b>T07X:</b> TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS
OCTUBRE	5	<b>T794:</b> CHOQUE TRAUMÁTICO ( <b>3 CASOS</b> ) <b>T71X:</b> ASFIXIA ( <b>2 CASOS</b> )

**Fuente:** Elaboración propia. Realizada a partir de Estadísticas Vitales de Nacimientos y Defunciones del año 2002 - DANE. Revisado el 16 de septiembre de 2019.

#### 4.1.4 Matriz de procesos críticos en torno a la masacre de Bojayá, 2002.

**Cuadro 2. Matriz de procesos críticos, año 2002**

DOMINIOS	DIMENSIONES	PROCESOS PROTECTORES	PROCESOS DESTRUCTIVOS
GENERAL	Económica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones adecuadas para la subsistencia con abundancia de recursos naturales para la pesca y la agricultura en el territorio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca garantía para la obtención de recursos monetarios suficientes para sustentarse en lo que no provee directamente el territorio.</li> <li>• Minería extractiva con contaminación ambiental.</li> <li>• Monocultivos extensivos (palma africana) y extracción de maderas.</li> <li>• Economías ilícitas emergentes y persistentes.</li> </ul>
	Estatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de algunos funcionarios estatales de salud y servicios de salud de primer nivel dentro del territorio.</li> <li>• Defensoría del Pueblo informa la situación de desplazamiento forzado y derechos humanos de la población, para la toma de medidas al respecto por parte de las instituciones Estatales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de fuerzas militares para el seguimiento y control del territorio después de la masacre.</li> <li>• Ausencia de respuesta protectora preventiva eficaz hacia las comunidades desde fuerzas militares estatales, pese a las alertas generadas por la iglesia, sumado a la presión e intimidación por parte de grupos armados ilegales.</li> <li>• Continuos enfrentamientos entre militares y grupos armados ilegales luego de la masacre en diferentes corregimientos de Bojayá impiden las labores de búsqueda de desaparecidos,</li> </ul>

			<p>rescate de heridos y arribo de comisiones humanitarias con ayudas de emergencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tardía respuesta de las fuerzas militares para la protección del territorio ante el embate de los grupos armados ilegales.</li> <li>• Posibles nexos entre miembros de las fuerzas militares y los grupos paramilitares, que facilitaron su asentamiento.</li> <li>• Poca garantía de derechos humanos para los pobladores.</li> <li>• Vulneración constante de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales a causa de la exclusión y ausencia institucional.</li> <li>• Pobre infraestructura sanitaria local.</li> <li>• Precarias vías de acceso al lugar que retrasaron la llegada de ayuda humanitaria.</li> </ul>
	<b>Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación activa de la iglesia en las acciones de protección de las comunidades afro durante el conflicto armado colombiano.</li> <li>• Mediación de la iglesia ante la amenaza de grupos armados ilegales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pocas garantías gubernamentales en cuanto a reparación colectiva.</li> <li>• Respuesta ineficiente para lograr articulación con entidades gubernamentales para el cumplimiento de los compromisos establecidos por la Red de Solidaridad Social.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromisos establecidos (tiempo después del suceso) por parte de la Red de Solidaridad Social para la gestión de proyectos productivos y mejoramiento de los servicios de salud, educación y servicios públicos.</li> </ul>	
<p><b>PARTICULAR</b> (Modos de vida)</p>	<p><b>Cultural</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos organizativos de la comunidad que operan como formas de resistencia ante la violencia. Se consolidan como sujetos políticos para constituirse como movimiento social (Constitución Política de 1991).</li> <li>• Organizaciones étnico territoriales que luchan por el reconocimiento de la propiedad de sus territorios ancestrales.</li> <li>• Lugares sagrados entendidos como protección ante el enemigo.</li> <li>• Saberes ancestrales como la herbolaria y la medicina tradicional para tratar las dolencias tanto físicas como emocionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos armados que no comparten la visión de la población y usan el lugar sagrado con la población refugiada como escudo ante su enemigo.</li> <li>• Desarraigo de la tierra y sus costumbres como resultado de la acción armada.</li> <li>• Imposibilidad de efectuar los rituales culturales para la despedida de sus muertos.</li> </ul>
	<p><b>Apoyo comunitario</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redes de apoyo sociales frente a la coyuntura del momento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruptura de lazos comunitarios por la diáspora del desplazamiento.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes comunitarios de salud que acudieron como primer respondiente para la atención de heridos.</li> <li>• Contribución por parte de la Diócesis de Quibdó para la reconstrucción del tejido social y la reparación integral de las víctimas de Bojayá.</li> </ul>	
	<b>Condiciones de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes del conflicto armado y el desplazamiento acceso a recursos naturales de caza, pesca y pequeña agricultura que facilitaban la satisfacción de las necesidades básicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con la llegada del conflicto armado, se presentaron cambios socioeconómicos (bajos ingresos) y la imposibilidad de trabajar.</li> <li>• La mujer tuvo que dejar las labores del hogar para buscar el sustento familiar.</li> <li>• Transformación de los modos de vida de la población por la presencia de grupos armados ilegales.</li> <li>• Desplazamiento forzado.</li> <li>• Condiciones de vida precarias tales como hacinamiento y pérdidas materiales como consecuencia del desplazamiento, que dificultaron la satisfacción de las necesidades básicas.</li> </ul>
<b>SINGULAR (Estilos de vida)</b>	<b>Salud - Enfermedad - Muerte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenciones médicas iniciales a heridos en Centro de Salud de Vigía del Fuerte durante el suceso victimizante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultado del ataque violento a la iglesia: 117 civiles fallecidos y 114 civiles heridos.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de secuelas en salud a través de medicina legal a heridos de gravedad.</li> <li>• Acciones Humanitarias Urgentes por parte de Brigadas de Salud.</li> <li>• Atenciones en salud prioritarias para tratar las dolencias más urgentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Graves afectaciones en salud tanto emocionales como físicas.</li> <li>• Dictámenes médico legales no entregados a todos los valorados.</li> <li>• Deficiencia de la atención en salud durante el suceso tanto en Bellavista - Bojayá como en Vigía del Fuerte – Antioquia.</li> <li>• Discontinuidad en el seguimiento de los procesos resolutivos de personas con graves afectaciones, traducido al paso del tiempo en una severidad de secuelas.</li> <li>• Inconsistencia de información sobre mortalidad en las estadísticas vitales del DANE para el año 2002 en el municipio de Bojayá respecto a lo ocurrido en la masacre.</li> <li>• Escases de información en páginas institucionales acerca de datos epidemiológicos que caracterice a la población para el año 2002.</li> <li>• Dificultad en el acceso a información anonimizada de morbilidad, discapacidad y mortalidad de los sobrevivientes a la masacre a través de la Secretaría Departamental de Salud del Chocó.</li> </ul>
--	--	---	---

---

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Dificultad para el acceso a información consolidada anonimizada solicitada al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.</li><li>• Alto porcentaje de homicidios en niños a causa de la masacre.</li><li>• Reporte de 88 homicidios en el municipio para el año 2002.</li></ul>
--	--	--	--



#### **4.1.5 Análisis matriz de procesos críticos año 2002**

La matriz de procesos críticos se realizó con base a los eventos sucedidos para el año 2002, empleando como base la información presentada en secciones anteriores y elaborando de manera participativa con informantes clave mediante entrevista colectiva, registrándose los aspectos más relevantes en cada uno de los dominios y dimensiones que la componen (Ver cuadro 2).

En el dominio general, la presencia de las fuerzas militares en el territorio entra en discusión ya que, a pesar de haber llegado a controlar la disputa entre los grupos armados ilegales, fue una ayuda tardía que no estuvo constantemente en el territorio, lo que trajo con sí las graves consecuencias de la masacre y una guerra que siguió cobrando vidas de muchos civiles durante ese y los siguientes años; además con la omisión del Estado quedaron también en evidencia los nexos entre miembros de las fuerzas militares y los grupos paramilitares, lo cual favoreció el no retorno de los pobladores a sus viviendas y la constante vulneración a sus derechos humanos (Entrevista Colectiva, 28 de diciembre de 2020; Centro Nacional de Memoria Histórica, 2010), lo cual haría parte más de un proceso destructivo que protector a pesar de ser una autoridad que debe velar por la seguridad de sus compatriotas. La posibilidad de retorno de los pobladores a Bellavista por la presencia de las fuerzas militares como garantía de seguridad, se vio frustrada también por el asentamiento de los paramilitares, quienes se encontraban habitando las viviendas desalojadas, apropiándose de la ropa, la comida y algunas embarcaciones de la comunidad (Corte Constitucional, 2004), generando así mayor zozobra, riesgos y vulneración de derechos y libertades fundamentales (Noche y Niebla, 2004).

Por otro lado, desde los inicios de la guerra en Bojayá y hasta la actualidad se ha encontrado la permanente situación de vulneración de derechos, que no solamente están enmarcados en los derechos humanos, sino también una vulneración constante de todos los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales por las dinámicas de exclusión y ausencia institucional, confirmada por los profesionales de salud que participaron en el proyecto el año 2018 (Entrevista Colectiva, 28 de diciembre de 2020). La Defensoría del Pueblo, tiempo después, emitió un informe acerca de la situación de derechos humanos y el desplazamiento forzado, indagando las condiciones en las que se estaba dando el proceso de retorno de las familias que se desplazaron desde Bojayá hacia

la ciudad de Quibdó, en donde la Red de Solidaridad Social estableció compromisos que garantizaban la financiación de proyectos productivos, el mejoramiento de los servicios de salud, educación y servicios públicos, todo en pro de la recuperación del territorio afectado por las dinámicas del conflicto armado de momento. A pesar de la coordinación de la Red de Solidaridad Social, el Estado para ese entonces no había emitido una respuesta que lograra el compromiso de entidades como el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación para la asesoría y seguimiento de dichos compromisos (Defensoría del Pueblo, s.f.).

En el dominio de lo particular, Bojayá ha sido históricamente un lugar marginado por el conflicto armado que afectó y transformó por completo las condiciones y el modo de vida de la población debido a la presencia de los diversos grupos armados ilegales (Entrevista Colectiva, 28 de diciembre de 2020), infligiendo el temor a través de asesinatos, amenazas y desapariciones, que generó el desplazamiento masivo de las comunidades. Todo esto ha permitido desconocer exactamente cómo fueron las condiciones de vida de la población antes del suceso victimizante, ya que la vida en el Atrato Medio empezó a cambiar a raíz de los múltiples hechos de violencia registrados desde mediados de la década de 1960 y que luego en 1996 se incrementó notablemente (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2010).

A principios de la década de los 80, las comunidades afro del Chocó se organizaron en Consejos Comunitarios, formando así los Comités Locales de comunidades negras, quienes integraron una red a lo largo de los ríos y se constituyeron como la primera manifestación de gobierno propio (Defensoría del Pueblo, s.f.). Estas comunidades negras de la zona del Atrato Medio se agruparon en una organización llamada COCOMACIA, organismo representativo de 120 comunidades, que ha luchado por el reconocimiento de la propiedad de sus territorios ancestrales, centrandose así su actividad en la titulación colectiva del territorio como pronunciamiento político ante el conflicto armado y el abandono Estatal (Bello et al., 2005).

En el dominio de lo singular, las atenciones en salud para la población en ese entonces fueron encaminadas principalmente a las de carácter urgente debido a la coyuntura del momento y en un centro de primer nivel con bastantes deficiencias tanto estructurales como de suministros para subsanar dicha necesidad; a partir de esto se evidencia que no hubo un seguimiento y acompañamiento para aquellas personas que presentaron graves

afectaciones, que permitiera establecer si verdaderamente tuvieron un proceso resolutivo real, lo que se tradujo al paso de los años en secuelas severas que necesitaban una atención especializada en hospitales con un mayor nivel de complejidad a los que hay en el departamento; todo lo anterior también fue evidente en los hallazgos de los profesionales de salud del proyecto del año 2018, en donde por la no atención o el inadecuado seguimiento muchas de esas afectaciones en salud presentaban una gran cronificación que requerían una atención inmediata por especialidades médicas (Entrevista Colectiva, 28 de diciembre de 2020). Con respecto a información acerca de una caracterización epidemiológica del municipio correspondiente al año 2002 que complementara la información encontrada en el DANE (Entrevista Colectiva, 28 de diciembre de 2020), se realizó búsquedas en páginas como la del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA para acceder a los boletines epidemiológicos, en donde no fue posible encontrar dicha información, tan solo hay un informe epidemiológico del año 2002 titulado “Situación de las Enfermedades Transmisibles Objeto de Vigilancia Intensificada en Salud Pública. Colombia, 2002”, en donde se muestran los casos de cada una de estas enfermedades por departamento, más no hay información específica para el municipio de Bojayá (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, 2002). Además, como parte de la búsqueda de información anonimizada acerca de morbilidad, discapacidad y mortalidad de las personas sobrevivientes de la masacre de Bojayá del 2 de mayo de 2002, se realizó un derecho de petición a la Secretaría Departamental de Salud del Chocó (Ver anexo C) en el año 2019, para el cual nunca se obtuvo respuesta. También se elevó un derecho de petición al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Ver anexo D) para solicitar informes consolidados anonimizados sobre secuelas médico-legales de las personas sobrevivientes a la masacre, certificados de defunción de las personas que fallecieron en la masacre y datos anonimizados de las personas víctimas de la masacre que a la fecha (correspondiente a de la solicitud que fue en el año 2019) aún estaban desaparecidas, y en respuesta a esta solicitud se recibió un oficio (Ver anexo E) en el cual negaban el acceso a esta información por ser considerada como pública reservada según lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1712 de 2014, indicando además que está información se encontraba vinculada aún a procesos judiciales abiertos. Se indagó en las cifras estadísticas que reporta el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses anualmente a través de la herramienta virtual Forensis, la cual compila el comportamiento de las lesiones de causa externa en Colombia por medio de análisis descriptivos; el informe acerca de la caracterización del homicidio dató para el año 2002 un total de 88 homicidios

(tasa de 787 x 100.000 habitantes) en Bojayá, además, el homicidio en niños aportó un 27% sobre el total nacional a causa de la masacre, lo cual generó una alerta sobre las graves consecuencias que el conflicto armado deja en este grupo poblacional involucrándolos de manera forzosa como víctimas pasivas (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2002).

Con respecto al movimiento de subsunción que ocurre desde el dominio de lo general hacia el singular, produciendo que el orden biológico quede subsumido en el social, entre los aspectos a evidenciar en la matriz de procesos críticos del 2002, están los acontecimientos que siguieron después de la masacre por parte de los grupos armados en el territorio, que limitaron las atenciones en salud de los pobladores dificultando la entrada de equipos de salud y que posteriormente las personas se pudieran dirigir a diferentes instituciones de salud para el seguimiento de las lesiones según complejidad, debido al control territorial tanto de paramilitares como de la fuerza pública. La constante confrontación social, política y armada latente en todo el país para esa época alteró gradualmente los modos y estilos de vida de los habitantes, muy especialmente en el caso particular de las comunidades étnicas del Pacífico colombiano (Entrevista Colectiva, 28 de diciembre de 2020). La ausencia Estatal y el conflicto armado que se agudizó desde 1996 en Bojayá permitió que antes de la masacre este municipio fuera invisible a los ojos del país, impidiendo así conocer a profundidad cómo eran las condiciones de vida y los procesos organizativos propios de esas comunidades.

En cuanto al movimiento de generación desde el dominio de lo singular hacia el general, la comunidad a pesar de permanecer atemorizada por todo lo que sucedía en esa época, creó estrategias de supervivencia, como medidas de resistencia para defender sus derechos y los del territorio, y para lograr ubicarse paulatinamente en la agenda pública nacional, con lo que pusieron en evidencia su consolidación como sujetos políticos; así mismo, a partir de los conocimientos ancestrales sobre herbolaria y medicina tradicional pudieron tratar las dolencias tanto físicas como emocionales (Entrevista Colectiva, 28 de diciembre de 2020).

## 4.2 Momento 2. El perfil epidemiológico del posacuerdo, año 2018

### 4.2.1 Dominio de lo general: Colombia, la esperanza de paz, y las realidades locales de Bojayá y Chocó

Para el dominio de lo general se pone en conocimiento el contexto del municipio de Bojayá - Chocó dieciséis años después de la masacre a partir de las diferentes dimensiones mencionadas a continuación.

En la dimensión Estatal, tras años de los enfrentamientos armados en el territorio colombiano, el Gobierno Nacional y las FARC hicieron un acuerdo con el fin de acabar de manera definitiva el conflicto armado interno, estos diálogos dieron sus inicios en el año 2012. Con el objeto de ponerle fin a la confrontación armada y dar paso a construir una paz estable y duradera, junto con la participación ciudadana se escribió un Acuerdo el cual se compone por una serie de aspectos que buscan se de garantía a los derechos fundamentales de los colombianos y colombianas afectados. El enfoque territorial del Acuerdo tuvo en cuenta las necesidades y características de cada uno de los territorios y las comunidades, teniendo en cuenta los aspectos culturales, económicos y sociales para gestionar la implementación de las diferentes medidas de forma integral y coordinada. Para la implementación del mismo se especificó que se hará directamente en las regiones y con la participación de las autoridades territoriales y los distintos sectores sociales, todo basado en el enfoque territorial, diferencial y de género (Gobierno Nacional y FARC, 2016).

En el Acuerdo Final de Paz firmado el 24 de noviembre de 2016 entre el gobierno del presidente Juan Manuel Santos y las FARC, quedaron descritos los puntos nombrados a continuación:

- **Punto 1:** “Reforma Rural Integral”
- **Punto 2:** “Participación política: Apertura democrática para construir la paz”
- **Punto 3:** “Cese al Fuego y de Hostilidades Bilateral y Definitivo y la Dejación de las Armas”
- **Punto 4:** “Solución al Problema de las Drogas Ilícitas”
- **Punto 5:** “Víctimas”
- **Punto 6:** “Mecanismos de implementación y verificación”

Dentro del punto Víctimas, se trata el tema de las medidas de reparación integral para la construcción de la paz y las garantías de no repetición, a partir de esto, en Bojayá se firmó en el año 2018 el Plan Integral de Reparación Colectiva (PIRC) para esta comunidad, el cual benefició a 1100 personas de la comunidad afro de Bellavista, reconocidos por la Unidad de Víctimas como uno de los tres sujetos de reparación colectiva de Bojayá – Chocó (Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, 2018; Ley 1448, 2011). En este plan se contemplaron los siguientes componentes y medidas de reparación:

- **Productividad:** Donde se plantearon diversas alternativas para la producción de alimentos, el fomento de cultivos de plátano, cacao, banano, borjón, caña y la piscicultura. Esta estrategia promueve el fomento, la transformación, la comercialización y exportación de estos productos con el desarrollo de empresas comunitarias para la reactivación económica del municipio y restituir la vocación productiva de 293 familias (Hernández, 2018; Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, 2018).
- **Salud:** Se propuso la atención prioritaria de las personas con lesiones físicas directamente afectados por el ataque del 2 de mayo, pero con atención psicosocial si a todas las víctimas y sus familias, además del apoyo al proceso de identificación de los fallecidos por medio de las exhumaciones; junto con la planeación del diseño para la mejora del centro de salud de Bellavista con el objetivo de restituir un servicio colectivo. Por otro lado, a través de la Ley 1448 de 2011 donde se impuso la implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) en los diferentes territorios con mayor presencia de víctimas, el Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá por medio de solicitudes para la exigibilidad de sus derechos (derecho de petición) ante el Ministerio de Salud, gestionó un proyecto de PAPSIVI específico para esta población, el cual dio inicio en el año 2018 (Hernández, 2018; Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, 2018).
- **Educación:** Se planteó la adecuación de la casa de estudiantes, el fortalecimiento de la educación primaria y secundaria, y la generación de un programa especial como víctimas del conflicto armado para el acceso a educación superior (Hernández, 2018).

- **Recuperación del tejido social:** Se propuso la recuperación del patrimonio físico, como la capilla San Pablo Apóstol de Bojayá, la Casa de las Angustias, el centro de salud para la medicina tradicional, y los senderos, la creación de la escuela para el aprendizaje de los saberes ancestrales para rescatar las prácticas culturales; también, poder retomar las celebraciones y fiestas patronales propias del municipio, y la recuperación del vínculo con el Río Atrato declarado como sujeto de derechos según Sentencia T-622 de 2016 (Hernández, 2018; Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, 2018).
- **Seguridad:** Para garantizar la no repetición de los hechos, se elaboró un plan para la protección del territorio con la participación de los tres sujetos de reparación colectiva reconocidos por la Unidad de Víctimas (la Comunidad Afro de Bellavista, los Consejos Comunitarios de Bojayá y las Comunidades Indígenas de Bojayá), además de un proceso de apropiación de agendas de paz para el Atrato y el Pacífico (Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, 2018).

A pesar de la firma final del Acuerdo Final de Paz, la defensoría del pueblo emitió una alerta temprana (AT No. 011-18) después de la visita hecha en enero de 2018 por el defensor del pueblo en los municipios de Bojayá y Atrato Medio del departamento del Chocó y el municipio de Vigía del Fuerte del departamento de Antioquia, en donde se puso en evidencia la presencia de grupos armados ilegales y el riesgo que representaba para la población civil allí habitante (Defensoría del Pueblo, 2018).

En dicha alerta temprana se pone de manifiesto que aún existían violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario con factores de amenaza que persistían y se agudizaban a causa de la estrategia de copamiento realizada por las Autodefensas Gaitanistas de Colombia (AGC) y el Ejército de Liberación Nacional (ELN) dirigidos a los lugares que fueron dejados por las FARC, percibiéndose una alta probabilidad de enfrentamientos armados en los territorios pertenecientes a las comunidades afrocolombianas del Consejo Comunitario Mayor de la Asociación Campesina Integral del Atrato - COCOMACIA y los resguardos indígenas de éstos municipios (Defensoría del Pueblo, AT No. 011-18, 2018).

Además, se constató la dificultad que ha tenido el Estado para la implementación de medidas de prevención y protección eficientes que aseguren el control con la fuerza pública

en dichos territorios dejados por las FARC, lo que hizo que las AGC y el ELN pudieran volver a apoderarse de estos, debido a su gran interés en controlar tales zonas estratégicas para el abastecimiento, la movilidad y la explotación de actividades económicas ilegales como el narcotráfico y la minería no legal. Esta disputa entre los grupos armados ilegales ha venido perjudicando de manera directa a la población étnica chocoana, traducido en acciones como amenazas, intimidaciones, muertes selectivas, restricciones a la movilidad, reclutamientos principalmente en niños niñas y adolescentes, confinamientos y desplazamientos forzados (Defensoría del Pueblo, AT No. 011-18, 2018).

La Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA), presentó un informe acerca del impacto humanitario del conflicto armado en el Chocó con cifras para el año 2018 de víctimas desplazamiento forzado (2465 personas), víctimas de Minas Antipersonal (MAP) y Munición Sin Explotar (MUSE) (7 personas (5 civiles y 2 fuerza pública)), afectados por el confinamiento (11730 personas), homicidios en civiles (15 personas) y amenazas (36 personas) (Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, 2019).

La Defensoría del Pueblo a raíz de los inminentes riesgos a los que han estado expuestos los pobladores indígenas y afrodescendientes en el departamento del Chocó, emitió durante enero de 2018 a septiembre de 2019 un total de 19 Alertas Tempranas para 14 municipios (SweFor, Diakonía, Federación Luterana Mundial, Comundo, ACT Iglesia, WOLA y ODHACO, 2019).

En la dimensión económica, a pesar de ser una región con amplios recursos naturales para la subsistencia de las comunidades étnicas, esta se vio nuevamente afectada por los recurrentes enfrentamientos entre las AGC y el ELN, quienes además contaminaron el territorio con MAP, lo que provocó en los pobladores el confinamiento y la inmovilización para ejecutar sus actividades económicas y de subsistencia alimentaria como la caza, recolección y pesca (Defensoría del Pueblo, AT No. 011-18, 2018) (Defensoría del Pueblo, AT No. 017-19, 2019).

En la dimensión social, a partir de la influencia de los diferentes líderes(as) sociales por la abogacía para protección del territorio, se han desencadenado una serie de amenazas de muerte a estos actores sociales como medio para generar terror entre los habitantes por parte de las AGC y el ELN, lo cual representa un riesgo en contra de la vida, la integridad



y la libertad de poder ejercer sus actividades en pro del territorio (Defensoría del Pueblo, AT No. 011-18, 2018) (Defensoría del Pueblo, AT No. 017-19, 2019).

Por otro lado, con el interés de los desmovilizados de las FARC de continuar en los territorios ancestrales sin el debido consentimiento previo de las organizaciones étnicas, se promueven situaciones problemáticas que han alterado la autonomía y la gobernanza de las autoridades étnico-territoriales, que podrían terminar en la pérdida o transformación de la cultura afrodescendiente (Defensoría del Pueblo, AT No. 011-18, 2018).

#### **4.2.2 Dominio de lo particular: modos de vida, redes sociales, familiares y estrategias de afrontamiento grupales de los Bojayaceños**

Para el dominio de lo particular se presentan a continuación los principales hallazgos construidos a partir de las entrevistas individuales, la observación participante y los grupos de conversación realizados por parte de los profesionales en salud pública, salud mental y antropología social en diciembre de 2018 (N. Moreno, 2018; Calderón y Urrego, 2018; Hernández, 2018; Piñeros, 2018), en el marco del proyecto de extensión solidaria “Laboratorio Salud Rural Comunidad Bojayá, Chocó” llevado a cabo por el grupo de investigación de Violencia y Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Se contó con la participación de las víctimas sobrevivientes priorizadas por el Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá que residen en Quibdó – Chocó y Bellavista – Bojayá. Esta información posibilita la comprensión de los modos de vida, las estrategias de afrontamiento y las redes sociales emergidas dieciséis años después de la masacre que han apoyado al proceso de reparación colectiva propiciado por la comunidad.

#### **CONDICIONES DE VIDA**

En la dimensión de condiciones de vida se identificaron principalmente las características de las viviendas y servicios públicos, el acceso a servicios de salud, educación y trabajo.

#### **Características de la vivienda y servicios públicos**

Para la interpretación de las evidencias se presenta por lugares de atención debido a que tienen algunas particularidades.

Para población valorada en la ciudad de Quibdó – Chocó (n=31) se encontró que la mayor parte de las viviendas estaban ubicadas en el casco urbano (n=27/31; 87,1%) en zonas de

alta peligrosidad dentro de la ciudad y tan solo el 12,9% (n=4/31) se encontraban en la zona rural (ubicadas a las afueras de la ciudad), gran parte eran de estrato socioeconómico uno (n=24/31; 77,42%), construidas principalmente en obra gris (piso en cemento o madera y techo en teja de zinc o hierro), el servicio público principal con el que contaban era la energía (n=31/31; 100%), manifestaron que el agua la deben recoger en recipientes ya que se abastecen de la lluvia y cuando hay épocas de sequía se quedan sin este suministro (n=23/31; 74,2%), y un pequeño porcentaje de la población contaba con el servicio de agua potable (n=8/31; 25,8%), el 35,5% (n=11/31) tenían alcantarillado y el 12,9% (n=4/31) tenían pozo séptico o letrina. El 41,94% (n=13/31) conviven con seis personas o más, siendo evidente que viven en condiciones de hacinamiento (N. Moreno, 2018).

Y para la población evaluada en Bellavista – Bojayá (n=35), gran parte de las viviendas (n=32/35; 91,42%) estaban ubicadas en el casco urbano (cabecera municipal) y tan solo el 8,57% (n=3/35) se encontraban en la zona rural; el estrato socioeconómico principal es uno (n=19/35; 54,28%). Las viviendas estaban construidas principalmente en obra gris (piso en cemento o madera y techo en teja de zinc o hierro), el servicio público principal era la energía (n=35/35; 100%), aunque la solían quitar en las horas de la madrugada y conectarla nuevamente alrededor del mediodía, el 20% (n=7/35) manifestó que el suministro de agua es adquirido a través de la lluvia o del río, el 60% (n=21/35) contaban con agua potable aunque con intermitencias en el servicio y el porcentaje restante manifestó no tenerlo (n=7/35; 20%). Con respecto al servicio de alcantarillado el 48,57% (n=17/35) contaba con este servicio, con la particularidad que también era intermitente (N. Moreno, 2018).

### **Servicios de salud**

Del total de la población estudiada (n=66), se evidencia que la mayoría se encontraba afiliado a una Entidad Promotora de Salud (EPS) (n=62/66; 93,94%) y que tan solo el 6,06% no estaba afiliado a una EPS (Tabla 5).

Tabla 5. Acceso a servicios sanitarios

TIPO DE RÉGIMEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>Régimen subsidiado</b>	59	89,39%
<b>Régimen contributivo</b>	2	3,03%
<b>Régimen especial</b>	1	1,52%
<b>Desafiliado</b>	4	6,06%
<b>Total</b>	66	100%

**Fuente:** Elaboración propia a partir de las bases de datos del proyecto del área de salud pública.

En cuanto a las barreras de acceso a los servicios de salud expuestas por los consultantes de la ciudad de Quibdó se encontraban las **administrativas** con la dificultad para la autorización y agendamiento de citas con especialistas y exámenes especializados, negligencia, demora en tratamientos y dificultad en el suministro de medicamentos; **geográficas** por la lejanía de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de atención a sus sitios de residencia y **económicas** por la ausencia de recursos monetarios para poder pagar un transporte y asistir a las citas médicas. Y para el caso de los consultantes en Bellavista, la barrera presente más común fue la **administrativa** que además de lo anteriormente mencionado, expresaron la poca respuesta acertada frente a las necesidades en salud en cuanto al diagnóstico y tratamiento oportuno lo que ha permitido que sus afectaciones en salud cada vez sean más crónicas (N. Moreno, 2018).

Frente a la atención en salud efectuada a través del PAPSIVI, como antes mencionado, se desarrolló un proyecto específicamente para la población víctima de la masacre, dando inicio en el año 2018, y para finales del mismo ya teóricamente se había terminado su aplicación en Bojayá e iniciado en Quibdó; los servicios de salud prestados por este proyecto a la comunidad fueron de especialidades como: oftalmología, fisiatría, dermatología, otorrinolaringología, medicina general, psicología y psiquiatría. En los hallazgos de la población estudiada (n=66), solo el 39,39% (n=26) refirió haber recibido atención por parte del PAPSIVI; mientras que el 60,61% (n=40) negó la atención, en donde, muchos de los cuales desconocían de la existencia del mismo (N. Moreno, 2018).

Por otro lado, en una reunión realizada con el PAPSIVI Chocó, profesores de la Universidad Nacional de Colombia a cargo del proyecto de Extensión Solidaria “Laboratorio de Salud Rural, Comunidad de Bojayá, Chocó”, representantes del Comité

por los Derechos de las Víctimas de Bojayá y COCOMACIA, se socializaron datos acerca de las atenciones realizadas hasta abril de 2019 por parte del proyecto del PAPSIVI, en donde se informó que para Quibdó se había realizado atención a un total de 47 personas y para Bellavista, con actividades planeadas allí por ese proyecto ya ejecutadas en su totalidad, se contaba con 58 personas atendidas (Grupo de Investigación en Violencia y Salud, 2019).

### Educación

Con respecto al máximo nivel educativo alcanzado, el 21,21% (n=14/66) de la población terminó sus estudios de secundaria, en donde, la gran mayoría de ese porcentaje corresponde a los evaluados en Bellavista (n=10/14; 71,43%) y que en comparación a los evaluados en Quibdó, la imposibilidad de culminar sus estudios de secundaria (n=4/14; 28,57%) pudo estar relacionado con el desplazamiento forzado que obligó a muchos a trabajar y dejar sus estudios para ayudar a sus familiares y sobrevivir (N. Moreno, 2018).

**Tabla 6. Nivel educativo de la población estudiada (Quibdó y Bellavista)**

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Analfabeta	9	13,64%
Primaria completa	6	9,09%
Primaria incompleta	9	13,64%
Secundaria completa	14	21,21%
Secundaria incompleta	12	18,18%
Técnico completo	4	6,06%
Tecnológico incompleto	5	7,58%
Universitario completo	3	4,55%
Universitario incompleto	4	6,06%
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de las bases de datos del proyecto del área de salud pública.

### Ocupación

Frente a las ocupaciones más frecuentes referidas por la población, para el caso de las mujeres fue la de **ama de casa** (n=30/66; 45,45%), mientras que la ocupación de **oficios varios** se encontraba distribuida entre ambos sexos, en las mujeres el 33,33% (n=4/12) y en los hombres el 66,67% (n=8/12) (N. Moreno, 2018).

**Tabla 7. Ocupaciones de la población estudiada (Quibdó y Bellavista)**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
<b>Ama de casa</b>	30	45,45%
<b>Oficios varios</b>	12	18,18%
<b>Desempleado</b>	4	6,06%
<b>Estudiante</b>	4	6,06%
<b>Madre comunitaria</b>	3	4,55%
<b>Mototaxi</b>	2	3,03%
<b>Pescador</b>	2	3,03%
<b>Vendedor ambulante</b>	2	3,03%
<b>Artesano</b>	1	1,52%
<b>Docente preescolar</b>	1	1,52%
<b>Líder comunitario</b>	1	1,52%
<b>Logista ONG</b>	1	1,52%
<b>Seguridad</b>	1	1,52%
<b>Panguero (Lanchero)</b>	1	1,52%
<b>Albañil</b>	1	1,52%
<b>Total</b>	66	100%

**Fuente:** Elaboración propia a partir de las bases de datos del proyecto del área de salud pública.

## **ASPECTOS CULTURALES**

En la dimensión cultural, varias personas de la comunidad se han propuesto recuperar sus tradiciones, que a través de los años se han ido perdiendo a causa del conflicto armado, el desplazamiento forzado y la reubicación del territorio después de la masacre (Nuevo Bellavista). Mediante la investigación realizada por el componente de antropología social, se conocieron diferentes alternativas que los pobladores han empleado, como la realización de actividades para la conservación y recuperación de los saberes de la medicina tradicional y la etnobotánica, en donde, aquellas personas que detentan estos conocimientos contribuyan en la elaboración de cartillas y la creación de terrazas de cultivo en las viviendas de las familias del Nuevo Bellavista, todo esto con ayuda de entidades como la Universidad ICESI, quienes apoyan el fomento de la reconstrucción de estos saberes perdidos en el tiempo (Piñeros, 2018).

Por otro lado, como estrategias de afrontamiento para la recuperación de las afectaciones en salud como consecuencia de la masacre y ante la insuficiente respuesta de los servicios de salud occidental a los cuales están afiliados, la comunidad ha optado tratar estas

enfermedades con medicina tradicional y aseguran que se podría hacer una articulación entre la medicina alopática y la medicina tradicional ya que al usar ambas han visto que la recuperación de sus malestares ha sido muy efectiva, sin dejar a un lado los alabaos que a través de los años han ayudado para la sanación psicosocial. Todo esto siendo concluyente con que el ideal de la atención sería que desde la medicina occidental se hicieran los diagnósticos, pero que los tratamientos si fueran desde la medicina tradicional, ya que según lo manifestado por varios participantes desde sus experiencias esto les ha dado mejores resultados para la curación y prevención de sus enfermedades (Piñeros, 2018).

### **APOYO COMUNITARIO**

En la dimensión de apoyo comunitario, con respecto a lo informado por la comunidad en las entrevistas del componente de salud pública, se evidenció que el 60,61% (n=40/66) de la población afirmó recibir ayudas de tipo emocional, legislativo, económico, entre otros, propiciado principalmente por el Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá, quienes también hacen parte de la comunidad, en donde hacen asambleas, capacitaciones de trámites legales como las indemnizaciones y recuperación de los cuerpos desaparecidos el día de la masacre, actividades para la recuperación emocional y encuentros con grupos familiares para hacer talleres de memoria histórica sobre sus integrantes fallecidos (N. Moreno, 2018).

### **ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Frente al concepto de estructura y funcionalidad familiar, se ha encontrado que las características de la familia influyen en el proceso salud enfermedad de los individuos, pues la familia es significado de bienestar, fuente de amor, satisfacción y apoyo, pero a su vez también puede ser fuente de insatisfacción, estrés, malestar y enfermedad; estos condicionantes pueden provocar alteraciones emocionales y causar desequilibrios en el estado de salud o facilitar la preservación de la salud de las personas (Louro, 2003).

En la población estudiada (n=65) a partir de las valoraciones de salud mental, se evidenció que predominaron las familias nucleares (n=39/65; 60%), seguidas por familias reconstituidas (n=23/65; 35,38%) y familias unipersonales (3/65; 4,62%), además un 30,77% (n=20/65) de las familias eran monoparentales; a modo de corolario, cabe resaltar que en las comunidades afrocolombianas son predominantes las familias extensas las

cuales pueden ser beneficiosas para afrontar las diferentes adversidades. En un 23,07% (n=15/65) se reportaron antecedentes de violencia intrafamiliar de cualquier tipo (Calderón y Urrego, 2018).

#### **4.2.3 Dominio de lo singular: salud, enfermedad, discapacidad, vida y muerte de los Bojayaceños, en espera de paz**

Para determinar la situación de salud de la comunidad Bojayaceña después de dieciséis años del suceso victimizante, el grupo de investigación de Violencia y Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, a través de la ejecución del proyecto de extensión solidaria “Laboratorio Salud Rural Comunidad Bojayá, Chocó”, realizó en el año 2018 una valoración integral del estado de salud de la población víctima superviviente, en donde se incluyeron diferentes especialidades como medicina general, psicología y psiquiatría, fonoaudiología y fisioterapia, para tener un amplio contexto frente a las afectaciones físicas y emocionales surgidas a partir de la masacre ocurrida en el año 2002. Para este diagnóstico, participaron los sobrevivientes convocados por el Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá, quienes presentaban las necesidades más urgentes en términos de salud-enfermedad que aún no habían sido atendidas y que residen en Bellavista – Bojayá y Quibdó – Chocó (donde se encuentran la mayor parte de personas desplazadas después del siniestro), siendo en total 67 participantes, aunque no todos aceptaron la valoración por todas las áreas ofrecidas (Urrego-Mendoza et al, 2021).

A partir de los hallazgos y el análisis realizado en cada una de las áreas, se presentan a continuación los principales signos y síntomas por sistemas evidenciados en la comunidad y que a su vez han sido relacionados con la masacre en el año 2002.

#### **SISTEMA NEVIOSO CENTRAL (SNC) Y FUNCIONAMIENTO MENTAL**

A nivel de SNC se encontraron las siguientes sintomatologías: cefaleas (n=55/66; 83,3%) las cuales son de tipo migrañosas y tensionales, parestesias en miembros inferiores y/o superiores (n=23/66; 34,8%), alteraciones del comportamiento (n=4/66; 6%) con características como desorientación ocasional en tiempo y espacio, mutismo y agresividad, que según lo informado por sus familiares se iniciaron justo después de la masacre (Peralta, 2018) y el 82,8% (n=53/64) de las personas referían la presencia de dolor en alguna localización corporal que generaba molestia (Rojas, 2018); también se encontraron

alteraciones relacionadas con el funcionamiento mental con síntomas tales como: postraumáticos (n=39/66; 59%), depresión (n=12/66; 18%), ansiedad (n=2/66; 3%), problemas de conducta (n=2/66; 3%), problemas cognitivos (n=2/66; 3%) y psicosis (n=1/66, 2%) (Calderón y Urrego, 2018).

## ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

Con respecto a la sintomatología encontrada frente a los órganos de los sentidos, se relaciona principalmente con la visión y el oído. En cuanto a la visión, fueron frecuentes síntomas como la disminución de la agudeza visual (n=25/66; 37,87%) y la presencia de fosfenos (n=18/66; 27,27%) entendidos como la sensación de manchas o centelleos visuales (Peralta, 2018).

Para el sentido del oído, según los hallazgos del área de fonoaudiología en una población de 61 personas valoradas, frente a las principales sintomatologías auditivas referidas, se encuentran las mencionadas en la tabla 8 (D.M. Moreno, 2018).

**Tabla 8. Principales sintomatologías auditivas**

SINTOMAS	VALORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>Dificultad auditiva</b>	SI	52	85,25%
	NO	9	14,75%
<b>Tinnitus</b>	SI	43	70,49%
	NO	18	29,51%
<b>Otalgia</b>	SI	38	62,30%
	NO	23	37,70%
<b>Vértigo</b>	SI	9	14,75%
	NO	52	85,25%

**Fuente:** Elaboración propia a partir de las bases de datos del proyecto del área de fonoaudiología (n=61).

De acuerdo a las pruebas audiológicas realizadas, se encontró que presentaban otoscopia alterada un total de 43 personas correspondientes al 70,49% con signos de otitis, tímpano cicatrizal, membrana monomérica o dimérica, micosis, retracción timpánica, tapón total o parcial de cerumen, timpanoplastia, vascularización del canal auditivo, perforación timpánica o tímpano esclerótico y otoscopia normal en el porcentaje restante (D.M. Moreno, 2018).



## **SISTEMA OSTEOMUSCULAR**

Las sintomatologías más recurrentes en el sistema osteomuscular evidenciadas en la comunidad fueron dolores lumbares (n=31/66; 47%), debilidad muscular en miembros superiores e inferiores (n=23/66; 34,8%) y dolor en una o varias articulaciones (n=12/66; 18,2%). En cuanto a las características del dolor lumbar fue referida a la línea media (cuerpos vertebrales y vértebras) asociados a actividades que demandan mayor fuerza, y a los dolores articulares; las principales articulaciones relacionadas fueron la rodilla, la cadera y el hombro (Peralta, 2018).

## **SISTEMA TEGUMENTARIO (PIEL Y FANERAS)**

De acuerdo con lo evidenciado en el sistema tegumentario, el cual comprende la piel y las faneras, se encontró en una población de 64 personas valoradas la presencia de cicatrices de diferente tipo (normal, hipertrófica o queloide) ubicadas en cualquier parte del cuerpo en 76,6% correspondientes a 49 personas, y ausencia de las mismas en el porcentaje restante (Rojas, 2018).

## **SISTEMA GASTROINTESTINAL**

La sintomatología gastrointestinal más recurrente en las personas valoradas fue constipación (n=18/66; 27,2%), dolor abdominal (n=17/66; 25,7%) aludidos mayormente a la parte baja del abdomen, náuseas (n=9/66; 13,6%) y vómitos (n=10/66; 15,1%) (Peralta, 2018).

## **SISTEMA GENITOURINARIO**

En el sistema genitourinario los síntomas más frecuentes evidenciados en la población fueron la disuria (ardor al orinar) (n=13/66; 19,7%), tenesmo vesical (entendido como el deseo de orinar difícil de satisfacer, que puede presentarse así se esté con la vejiga vacía) (n=14/66; 21,2%) y polaquiuria (aumento de la frecuencia en la micción) (n=7/66; 10,6%) (Peralta, 2018).

Además, los síntomas específicos en la población femenina valorada (n=44) fueron flujo vaginal anormal o patológico (n=10/44; 22,7%), dispareunia (dolor en las relaciones sexuales) (n=7/44; 15,9%), mastalgia (dolor en las mamas) (n=4/44; 9%) y sangrados

uterinos anormales (los cuales no están relacionados con la menstruación o que alteran las características del mismo) (n=3/44; 6,8%) (Peralta, 2018).

## PRINCIPALES IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS

Después de las valoraciones realizadas por cada una de las áreas y con base en los signos y síntomas presentes en la población evaluada, a continuación, se describen las impresiones diagnósticas más relevantes:

En salud mental los tres principales diagnósticos fueron Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (n=37/66; 56,06%), depresión (n=8/66; 12,12%) y sin diagnóstico (n=9/66; 13,64%), y el porcentaje restante estaba distribuido entre otros diagnósticos como trastorno psicótico, otros trastornos del ánimo, duelo, trastorno de abuso de sustancias, otras condiciones que requieren atención clínica, otros trastornos de ansiedad y trastorno de estrés agudo.

Los tres diagnósticos más frecuentes efectuados por medicina general fueron osteoartrosis, hernias discales y migraña; cabe anotar que no fueron mutuamente excluyentes entre sí pues una persona podía recibir simultáneamente más de un diagnóstico en esta área (ver tabla 9).

**Tabla 9. Principales diagnósticos de Medicina General**

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>Osteoartrosis</b>	38	57,58%
<b>Hernias discales</b>	30	45,45%
<b>Migraña</b>	28	42,42%
<b>Hipertensión arterial crónica</b>	26	39,39%
<b>Cuerpo extraño alojado (por proyectil de arma de fuego o por esquirlas de artefacto explosivo improvisado)</b>	22	33,33%
<b>Diabetes mellitus</b>	15	22,72%

**Fuente:** Elaboración propia a partir de las bases de datos del proyecto del área de Medicina General (n=66).

Es de anotar el alto porcentaje de personas que dieciséis años después de la masacre aún persisten con esquirlas del Artefacto Explosivo Improvisado (AEI) interiorizadas en distintas partes de su cuerpo, sin que hubiesen recibido un adecuado diagnóstico y tratamiento por los servicios que les han prestado atención en salud. Es importante agregar

que el mantener por tantos años estos cuerpos extraños en el tejido podría acarrear graves consecuencias; estudios realizados con series de soldados norteamericanos heridos por AEI que quedaron con esquirlas internalizadas en su cuerpo, han relacionado la presencia de estas con niveles elevados de varios metales pesados en muestras biológicas de tales sujetos. Si bien a la fecha no se han descrito aún en ellos patologías instauradas, si se han verificado cambios tisulares por inflamación crónica en los alrededores de las esquirlas. Valga recordar que, en los casos de soldados de la primera guerra mundial con esquirlas de proyectil de arma de fuego interiorizadas, empezaron a describirse cambios cancerígenos en los tejidos circundantes a las esquirlas luego de varias décadas de haber sufrido tales lesiones. Por ello, no se descarta que la percepción de incremento de casos de cáncer entre los supervivientes del AEI de Bojayá pudiera guardar alguna relación con la exposición a tales esquirlas, entre otras causas posibles que permanecen sin estudio adecuado a la fecha (Parra et al., 2020).

En cuanto a los diagnósticos efectuados mediante evaluación audiológica, llama la atención que solamente el 14,75% (n=9/61) eran personas con audición normal, existiendo algún tipo de pérdida auditiva en el porcentaje restante. Hay que recordar que el sistema auditivo es el más frecuentemente afectado luego de la exposición a explosiones en el marco de un conflicto armado.

**Tabla 10. Principales diagnósticos de Audiología**

<b>PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
<b>Hipoacusia conductiva bilateral</b>	16	26,23%
<b>Hipoacusia neurosensorial bilateral</b>	14	22,95%
<b>Audición normal</b>	9	14,75%
<b>Otros tipos de hipoacusia</b>	20	32,79%
<b>Posible pérdida auditiva leve (no especificada, por resultados inconclusos en pruebas)</b>	2	3,28%
<b>Total</b>	61	100%

**Fuente:** Elaboración propia a partir de las bases de datos del proyecto del área de Audiología.

Además, en el área de fisioterapia se midió el Índice de Masa Corporal (IMC) el cual es usado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos (OMS, s.f.b), entendiéndose como diagnóstico de obesidad un IMC igual o superior a 30, los

resultados de la población (n=62) evaluada se muestran en la tabla 11 (Rojas, 2018), resaltando la frecuencia elevada de personas con sobrepeso y distintos grados de obesidad en la población abordada.

**Tabla 11. Índice de Masa Corporal (IMC) de la población estudiada**

CLASIFICACIÓN IMC	INTERVALO IMC SEGÚN OMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>Bajo peso</b>	<b>&lt;18,5</b>	1	1,61%
<b>Peso normal</b>	<b>18,5 - 24,9</b>	18	29,03%
<b>Sobrepeso</b>	<b>25,0 - 29,9</b>	22	35,48%
<b>Obesidad I</b>	<b>30,0 - 34,9</b>	17	27,42%
<b>Obesidad II</b>	<b>35,0 - 39,9</b>	2	3,23%
<b>Obesidad III</b>	<b>≥40,0</b>	2	3,23%

**Fuente:** Elaboración propia a partir de las bases de datos del proyecto del área de Fisioterapia (n=62).

## POSIBLES DISCAPACIDADES

Dentro de las evaluaciones realizadas por cada una de las áreas, se identificaron personas que probablemente pueden padecer alguna discapacidad de tipo físico, intelectual, psicosocial y sensorial (en esta se abarcó la visual, la auditiva, la olfatoria y la de sensibilidad superficial) (Tabla 12).

Los criterios que se emplearon para establecer las posibles discapacidades en la población fueron: para el caso de las psicosociales se tuvo en cuenta dentro de la valoración por salud mental una **escala de reducción de la funcionalidad** percibida por la persona afectada, la cual se trabajó con una puntuación de 1 a 5 autoreportada, en un continuo entre puntaje 1 sin percepción de reducción de la funcionalidad y puntaje 5, con percepción de una reducción grave de la funcionalidad. Para catalogar las posibles discapacidades se procedió considerando que en los puntajes 1 – 2 – 3 no hay percepción de reducción de la funcionalidad o si la hay no es marcada, por lo tanto, no hay posible discapacidad psicosocial y en puntajes 4 – 5 hay reducción de la funcionalidad, percibida como importante por la persona, por lo tanto, hay posible discapacidad psicosocial. Para el caso de las posibles discapacidades físicas, sensoriales e intelectuales se tuvo como referente los signos, síntomas y hallazgos clínicos reportados por las evaluaciones de medicina general, fisioterapia y fonoaudiología, estimando como posible discapacidad aquellos casos en que se sustentaba alguna reducción importante de la funcionalidad.

Valga aclarar que se reportan posibles casos de estas discapacidades establecidas con base en el análisis efectuado del modo descrito, no presencia de discapacidades comprobadas, pues para su verificación como casos comprobados de discapacidad se requeriría efectuar evaluaciones adicionales a profundidad por personal especializado en ese campo. Además, es importante explicar que estas posibles discapacidades no fueron mutuamente excluyentes, de modo que una persona podría llegar a presentar más de una, y no se discrimino entre casos con una o más de una posible discapacidad.

**Tabla 12. Posibles discapacidades en la población estudiada**

POSIBLES DISCAPACIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Psicosocial	31	46,97%
Sensorial (visual, auditiva, olfativa y sensibilidad superficial)	11	16,67%
Física	6	9,09%
Intelectual	1	1,52%

**Fuente:** Elaboración propia a partir de las bases de datos del proyecto de todas las áreas de valoración en salud (n=66).

## MORTALIDAD

Con respecto a los datos de mortalidad, los casos y las causas directas de muerte no fetal presentadas por el DANE correspondientes al año 2018 se muestran en la tabla 13. Es importante mencionar que de acuerdo a lo informado acerca de la pertenencia étnica de los fallecidos allí reportados, tres son indígenas y uno no tiene pertenencia étnica definida (DANE, 2020), por lo tanto, ningún superviviente víctima directa de la masacre murió durante 2018, que haya sido reportado a esta entidad gubernamental, dado que todos los supervivientes fueron personas afrocolombianas. Por otro lado, en el tiempo en que se realizó la valoración en salud en el municipio de Bojayá y la ciudad de Quibdó por parte de los investigadores del proyecto “Laboratorio de salud rural e intercultural comunidad de Bojayá, Chocó”, los participantes no manifestaron fallecimientos en su comunidad durante el año 2018. Llamó la atención que en cambio sí refirieron la ocurrencia en años posteriores al 2002 y anteriores al 2018, de alrededor de 18 muertes por cáncer en personas que estuvieron dentro de la iglesia al momento de la explosión del AEI y que sobrevivieron a la masacre, sin que esta problemática haya sido debidamente estudiada hasta la fecha (Urrego et al., 2018).

**Tabla 13. Casos y causas de muerte año 2018, Municipio de Bojayá – Chocó**

MES	CASOS	CAUSAS DE MUERTE (c_dir1)
MAYO	1	<b>T794:</b> CHOQUE TRAUMÁTICO
JULIO	1	<b>R092:</b> PARO RESPIRATORIO
AGOSTO	1	<b>I469:</b> PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO
OCTUBRE	1	<b>I469:</b> PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO

**Fuente:** Elaboración propia. Realizada a partir de Estadísticas Vitales de Nacimientos y Defunciones del año 2002 - DANE. Revisado el 19 de noviembre de 2020. Ninguno de los casos correspondía a personas afrocolombianas.

**4.2.4 Matriz de procesos críticos. Lo que emerge dieciséis años después de una masacre en Bojayá.**

**Cuadro 3. Matriz de procesos críticos, año 2018**

DOMINIOS	DIMENSIONES	PROCESOS PROTECTORES	PROCESOS DESTRUCTIVOS
<b>GENERAL</b>	<b>Económica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Amplios recursos naturales que brindan la adecuada subsistencia de las comunidades étnicas, aunque han disminuido respecto a periodos anteriores en la historia del territorio por efecto de procesos destructivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Privación para la obtención de los recursos para la soberanía alimentaria y el desarrollo económico por el conflicto armado y emergencia de economías ilegales, así como de procesos económicos extractivistas, dentro del territorio.</li> </ul>
	<b>Estatal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se firmó desde 2016 un Acuerdo de Paz con uno de los principales actores armados presentes dentro del territorio, las FARC-EP.</li> <li>● Firma del primer Plan Integral de Reparación Colectiva para la comunidad afro de Bellavista - Bojayá.</li> <li>● Mediaciones por parte de la Defensoría del Pueblo ante la recurrencia de otros grupos armados ilegales (AGC y ELN).</li> <li>● Implementación a nivel nacional del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) por medio de la Ley 1448 de 2011.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Múltiples obstáculos para la implementación efectiva del Acuerdo de Paz en todo el territorio nacional.</li> <li>● Dificultades en la implementación de medidas preventivas y de control por parte del Estado para la protección del territorio.</li> <li>● Deficiente respuesta a las Alertas Tempranas emitidas ante riesgos inminentes de violación a los DDHH en el territorio.</li> <li>● Reapropiación de las AGC y el ELN en los territorios despejados por las FARC, para el control de las zonas estratégicas en el ejercicio de actividades ilícitas; sin adecuado control mediante estrategias Estatales.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La OCHA alerta sobre situaciones riesgo que afectan a los pobladores (restricciones a la movilidad, confinamientos y desplazamientos), solicitando presencia de instituciones municipales y departamentales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afectaciones a las poblaciones étnicas del Chocó por la recurrencia del conflicto armado.</li> <li>• Acciones negativas (amenazas, confinamientos y desplazamientos) encaminadas a la afectación de los pobladores para la libre autonomía en el territorio.</li> <li>• Entes municipales y departamentales no dan respuesta a las solicitudes de la OCHA, por falta de garantías de seguridad para el acceso al territorio.</li> </ul>
	<b>Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación activa de líderes sociales para la protección del territorio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medios de intimidación a líderes sociales para generar pánico a la población y evitar actividades en pro del territorio.</li> <li>• Asesinatos selectivos, recurrentes y crecientes, dirigidos a líderes sociales en todo el territorio nacional.</li> <li>• Desaprobación por parte de autoridades étnicas a causa de la permanencia de desmovilizados de las FARC en los territorios ancestrales.</li> </ul>
<b>PARTICULAR (Modos de vida)</b>	<b>Condiciones de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afiliación a servicios sanitarios en cualquier régimen de atención.</li> <li>• Desde los liderazgos sociales de la comunidad se hizo la gestión con el MINSALUD para el desarrollo de proyecto de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La atención efectuada por el PAPSIVI no llegó de manera ubicua a todos los sobrevivientes de la masacre, solo se priorizó un grupo determinado de personas, con un número limitado de especialistas disponibles para valoraciones en salud física y mental.</li> </ul>



		<p>PAPSIVI específico para los sobrevivientes de la masacre de Bojayá.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejores posibilidades para culminar estudios de educación básica en los habitantes de Bellavista.</li> <li>• Mas posibilidades de acceso al trabajo en hombres.</li> <li>• Pobladores en zonas rurales de Bojayá, recurren a prácticas ancestrales como el uso de plantas medicinales y partos asistidos por parteras, entre otras, como medidas de atención en salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El 39,39% de quienes participaron en el proyecto de la Universidad Nacional habían tenido contacto con el PAPSIVI a diciembre de 2018 y el 60,61% no, de los cuales muchos no sabían sobre la existencia de ese programa.</li> <li>• Servicios públicos precarios debido a la persistente intermitencia.</li> <li>• Hacinamiento en viviendas especialmente en los habitantes de Quibdó.</li> <li>• Personas desplazadas en la ciudad de Quibdó, han tenido que ubicarse en viviendas en zonas de alta peligrosidad dentro de la ciudad por falta de mejores oportunidades.</li> <li>• Barreras de acceso a los servicios de salud de tipo administrativo, geográfico y económico.</li> <li>• Dificultades en la terminación de estudios de educación básica en los habitantes de Quibdó a raíz del desplazamiento.</li> <li>• Menos posibilidades laborales para las mujeres.</li> <li>• El trabajo informal como principal fuente de ingresos.</li> </ul>
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de salud de Bojayá con deficiencias en infraestructura.</li> <li>• Ausencia de centro de salud en la zona rural de Bojayá.</li> <li>• Deterioro en centros educativos de Bojayá y carencia de material didáctico.</li> </ul>
	<b>Cultural</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos de recuperación de los saberes ancestrales como la medicina tradicional y la etnobotánica.</li> <li>• Uso de la medicina tradicional para tratar las afectaciones en salud.</li> <li>• Los albaos como fuente de sanación psicosocial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de los saberes ancestrales en las generaciones actuales por las dinámicas de cambio en sus prácticas a causa del conflicto armado.</li> </ul>
	<b>Apoyo comunitario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá como pilar esencial para la reconstrucción y reparación colectiva.</li> <li>• El Comité reconocido como actor clave para las negociaciones del Acuerdo de Paz.</li> <li>• Actividades para la recuperación emocional.</li> <li>• Talleres de memoria histórica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persistencia de la ruptura de lazos comunitarios con algunos integrantes de la población debido al desplazamiento.</li> <li>• Transformación de procesos organizativos construidos por décadas a causa del conflicto armado.</li> <li>• Antecedentes de violencia intrafamiliar de cualquier tipo en una proporción importante de la población.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Asambleas informativas acerca de trámites concernientes a la reparación colectiva.</li> <li>● Predominio de familias nucleares.</li> <li>● Familias extensas en las poblaciones afrocolombianas como fuentes de apoyo emocional.</li> </ul>	
<p><b>SINGULAR (Estilos de vida)</b></p>	<p><b>Salud – Enfermedad – Discapacidad - Vida - Muerte</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Valoración integral para la atención de las necesidades en salud ocurridas después del suceso en la población víctima sobreviviente, desarrollada en el año 2018.</li> <li>● Inicio de prestación de servicios de atención en salud a través del PAPSIVI, dirigidos específicamente hacia la población víctima de la masacre de Bojayá.</li> <li>● Ausencia de fallecimientos de población afrodescendiente según estadísticas del DANE para el año 2018.</li> <li>● Datos de caracterización epidemiológica sobre eventos de interés en Salud Pública reportados por la Secretaría Departamental para el año 2018</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Múltiples enfermedades físicas, trastornos mentales y crisis vitales relacionadas con la exposición crónica a violencias.</li> <li>● Presencia de posibles discapacidades de tipo físico, intelectual, psicosocial y sensorial.</li> <li>● Complicaciones físicas como malos procesos de cicatrización, tensiones y retracciones musculares crónicas, y cambios en el esquema corporal asociados a la inoportuna atención en salud.</li> <li>● Descondicionamiento físico.</li> <li>● Persistencia de esquirlas internalizadas a causa del AEI.</li> <li>● Gran cantidad de personas con diagnóstico de hipoacusia de cualquier tipo.</li> </ul>

		<p>que complementan los hallazgos de la valoración en salud integral.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● TEPT como principal afectación a la salud mental de la población.</li><li>● Ocurrencia de muertes por cáncer en personas que estuvieron expuestas en la iglesia a la explosión del AEI.</li><li>● Hallazgos en valoraciones del 2018 reflejan las múltiples necesidades en salud físicas y mentales no resueltas que tiene la población.</li><li>● Hasta el momento de la terminación de la escritura de la tesis, los reportes acerca de la caracterización de las intervenciones brindadas por el PAPSIVI a las personas de Bojayá aún no habían sido publicados,</li><li>● Posibilidad de subregistro en el reporte para mortalidad no fetal del DANE en 2018, debido a que se evidenció existencia de subregistro en ese mismo reporte para el 2002.</li><li>● Alto reporte de homicidios en 2018 en Quibdó, mientras que para Bojayá se presentó solo un caso.</li><li>● Los casos de violencia de pareja reportados son más altos en Quibdó con respecto a los reportados en Bojayá.</li><li>● La notificación por presunto delito sexual es más alta en Quibdó que en Bojayá.</li></ul>
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>• El informe del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, data sobre la presencia de personas con algún tipo de dificultad funcional en Bojayá y Quibdó.</li></ul>
--	--	--	--

#### **4.2.5 Análisis matriz de procesos críticos año 2018**

La matriz de procesos críticos se centró principalmente en acontecimientos ocurridos durante el año 2018, en donde se identificaron aspectos importantes para cada uno de los dominios y dimensiones que la componen; lo anterior a partir de la información presentada en las secciones anteriores, y el análisis participativo efectuado mediante entrevista colectiva (Ver cuadro 3).

En el dominio de lo general los hallazgos y la información recabada permite poner en contexto la situación estructural de orden nacional que se vivía en el año 2018; aunque con respecto al tema de reapropiación de las AGC y el ELN, es importante hacer una precisión relativa a la dimensión Estatal, distinguiendo de una dimensión militar no Estatal en términos de la presencia de actores armados ilegales que afectan al territorio en cuanto a sus interacciones con las comunidades, entre sí, y con las fuerzas estatales (Entrevista Colectiva, 28 de diciembre de 2020). La Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA), durante el año 2018 emitió actualizaciones sobre las situaciones de seguridad que ponían en riesgo a los pobladores, la primera fue en el mes de mayo, donde se mencionaba que se estaban presentando restricciones en la movilidad en Bojayá a causa de ataques en contra de la población civil por actores armados no estatales, alertando así a las autoridades sobre el posible riesgo de desplazamiento masivo, solicitando así la necesidad urgente para la atención, asistencia y reparación integral para las víctimas, además de la presencia de las instituciones municipales y departamentales para garantizar la seguridad y protección de la población civil (OCHA, 2018a) y la segunda emitida en el mes de agosto, en donde se reportaba el confinamiento y riesgo de desplazamiento en Bojayá debido al continuo accionar de los grupos armados en contra de las comunidades, que aumentaba esta la probabilidad por amenazas de instalación de MAP, reclutamiento forzado, violencia sexual, saqueos y extorsiones; los entes municipales y departamentales no habían podido dar respuesta a las necesidades reportadas desde el mes de mayo por falta de garantías de seguridad para acceder al territorio con ayudas humanitarias (OCHA, 2018b). A pesar de la alerta temprana publicada a principio de año por la Defensoría del Pueblo, los informes presentados por la OCHA demuestran que el Estado no dio una respuesta oportuna y efectiva para mitigar las acciones armadas de los grupos armados ilegales y tampoco garantizar la seguridad para poder enviar las ayudas humanitarias, esto se tradujo en la existencia de una total

inseguridad alimentaria (Entrevista Colectiva, 28 de diciembre de 2020) asociada a la imposibilidad de poder realizar las actividades para el sustento y la explotación de recursos a causa de las restricciones para la libre movilidad en el territorio.

En el dominio de lo particular, el surgimiento del Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá a raíz del hecho victimizante, ha sido un factor protector muy importante para la comunidad ya que son quienes han trabajado en un objetivo colectivo “sanar las heridas y ser un ejemplo de perseverancia y paz” (Reyes, s.f.), participando activamente como voceros ante las instituciones estatales nacionales e internacionales y los grupos armados que constantemente transitan en el territorio, además del fortalecimiento de los procesos de recuperación de los saberes ancestrales, las estrategias de afrontamiento y sanación que han reconstruido a través de los años; los cuales desafortunadamente pasaron por un proceso de transformación a causa de la alteración de todas las dinámicas organizativas que los pobladores tenían antes del suceso, debilitando así el tejido social, las prácticas y los saberes tradicionales (Entrevista Colectiva, 28 de diciembre de 2020).

Cabe reconocer que el Comité fue invitado por el Gobierno Nacional como actor clave para participar en las negociaciones del proceso de paz con las FARC (Hernández, 2018; Reyes, s.f.).

En relación a lo documentado en el Plan de Desarrollo del Municipio de Bojayá 2016 – 2019, en la dimensión de condiciones de vida, la cobertura en salud corresponde a que 12.744 personas se encuentran afiliadas al régimen subsidiado y 96 al régimen contributivo, en cuanto a la infraestructura del centro de salud de la cabecera municipal, este se encuentra en estado de deterioro, el personal de salud está constituido por un total de 17 personas (2 médicos rurales, 1 odontólogo, 1 auxiliar de odontología, 1 bacteriólogo, 1 auxiliar de bacteriología, 1 enfermera rural, 4 auxiliares de enfermería, 6 promotores y 1 vacunadora); para la zona rural aún no hay construido un centro de atención y algunas de las comunidades que la habitan, recurren a prácticas ancestrales con uso de plantas medicinales y partos asistidos por parteras. Los centros educativos presentan un deterioro, no tienen los espacios adecuados para la enseñanza y hay una carencia de material didáctico. En cuanto a los servicios básicos de saneamiento (acueducto, alcantarillado y aseo), en la cabecera municipal presenta deficiencias y en otras zonas del municipio no hay cobertura. La principal forma de trabajo es la informal ya que en el municipio hay dificultades para la generación de empleos estables, una razón es porque está

condicionada al ciclo productivo de los cultivos agrícolas (Alcaldía Municipal de Bojayá, 2016). Todo lo expuesto anteriormente se relaciona a lo informado por los pobladores en las entrevistas realizadas en el año 2018, las condiciones de vida no han tenido un gran cambio al paso de los años probablemente por las deficientes gestiones de los mandatarios municipales para la gestión de los diversos proyectos propuestos sumado además de los continuos problemas de orden público relacionados al conflicto armado que aún persiste en el territorio.

En el dominio de lo singular, en cuanto a la valoración realizada durante el 2018, muchos de los hallazgos encontrados por los profesionales en salud fueron producto de la atención no oportuna durante los dieciséis años que transcurrieron hasta el momento de dicha valoración, en donde se generaron complicaciones de tipo físico como malos procesos de cicatrización, tensiones y retracciones musculares crónicas que ocasionan cefaleas tensionales permanentes, cambios en el esquema corporal, en la corporalidad y el corpograma, además del desacondicionamiento físico a pesar de que algunas actividades laborales demandaban un esfuerzo físico (Rojas, 2018); por otro lado, muchos de estos hallazgos permitieron hacer un análisis causal que los vinculaba como resultantes a partir de la masacre, pero otros tantos que no necesariamente estaban relacionados directamente con las lesiones inmediatamente resultantes de tal evento violento, aunque sí ponen en evidencia las múltiples necesidades en salud de la población que no han sido del todo resueltas o que simplemente no han tenido un adecuado seguimiento por diversas razones, bien sea por el hecho de la discontinuidad en los proyectos para atención integral en salud o por las barreras de acceso de todo tipo que tienen con las EPS de las cuales son beneficiarios (Entrevista Colectiva, 28 de diciembre de 2020; N. Moreno, 2018). Lo mismo puede afirmarse sobre las sintomatologías, diagnósticos y situaciones problemáticas evidenciados en las valoraciones en salud mental efectuadas (Urrego y Calderón, 2018).

Para complementar la información acerca de la caracterización epidemiológica de la población, se tuvo acceso a tres de los cuatro Boletines Epidemiológicos con eventos de interés en Salud Pública del Departamento para el año 2018, en donde para el caso específico de Bojayá, en el primer trimestre se reportaron los siguientes casos: 1 caso de Fiebre Tifoidea, 1 muerte por Infección Respiratoria Aguda (IRA), 146 casos de Malaria (110 por Falciparum, 33 por Vivax y 3 por Mixta), 1 caso de Tuberculosis Pulmonar, 6 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, 4 casos de accidente ofídico, 1 caso de



violencia de género y 1 caso de mortalidad materna (Secretaría de Salud Departamento del Chocó, 2018a); para el tercer trimestre se reportaron: 21 casos de Enfermedad Diarreica Aguda – EDA en menores de cinco años y 58 casos de IRA (Secretaría de Salud Departamento del Chocó, 2018b) y para el cuatro trimestre fueron reportados: 9 casos de EDA en menores de cinco años y 36 casos de Malaria (Secretaría de Salud Departamento del Chocó, 2018c).

Por otro lado, se indagó en las cifras estadísticas que reporta el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses anualmente a través de la herramienta virtual Forensis para el año 2018 que contienen datos del municipio de Bojayá y de la ciudad de Quibdó (dado que la gran mayoría de las personas desplazadas se encuentran en esta ciudad). El informe acerca de la caracterización del homicidio reportó 1 solo caso (tasa del 9,89 x 100.000 habitantes) para Bojayá (1 hombre) y 75 casos (tasa del 64,56 x 100.000 habitantes) para Quibdó (71 hombres y 4 mujeres) (A nivel nacional se presentaron 12.130 casos de homicidio, lo que corresponde a una tasa de 24,34 por cada 100.000 habitantes). Para el comportamiento de la violencia de pareja se reportó 1 caso (tasa del 13,21 x 100.000 habitantes) para Bojayá (1 mujer) y 191 casos (tasa del 217,84 x 100.000 habitantes) en Quibdó (16 hombres y 175 mujeres) (A nivel nacional se presentaron 49.669 casos de violencia de pareja, con una tasa de 120,57 por cada 100.000 habitantes); y el informe de los exámenes médico legales por presunto delito sexual notificó 3 casos (tasa del 29,66 x 100.000 habitantes) en Bojayá (3 mujeres) y 129 casos (tasa del 111,04 x 100.000 habitantes) en Quibdó (11 hombres y 118 mujeres) (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018).

El Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en el año 2018, documentó información sobre las dificultades permanentes para el funcionamiento humano reportadas por la población encuestada; en la tabla 14 se muestran los porcentajes de personas que presentan alguna dificultad funcional para realizar actividades diarias y de personas cuya dificultad principal es oír, ver o moverse de Bojayá y Quibdó (DANE, 2018). Es importante recordar que la pérdida o el deterioro de la capacidad de una persona para llevar a cabo sus actividades básicas diarias puede generar un riesgo para quedar en condición de discapacidad y dependencia.

**Tabla 14. Dificultades permanentes para el funcionamiento humano, Bojayá y Quibdó – Chocó, 2018.**

Dificultades permanentes	BOJAYÁ			QUIBDÓ		
	(%) En municipio	(%) En cabecera municipal	(%) En centros poblados y rural disperso	(%) En municipio	(%) En cabecera municipal	(%) En centros poblados y rural disperso
<b>Alguna dificultad funcional</b>	6,05	2,49	6,41	4,56	3,89	10,42
<b>Oír</b>	14,99	22,22	14,52	9,1	9,14	8,95
<b>Ver</b>	29,98	33,33	29,76	38,98	39,06	35,8
<b>Moverse</b>	32,89	22,22	33,57	28,45	27,72	31,23

**Fuente:** Elaboración propia. Realizada a partir de Censo Nacional de Población y Vivienda realización año 2018 – DANE. Revisado el 02 de febrero de 2021.

Frente al movimiento de subsunción del dominio de lo general - social hacia el de lo singular psico-biológico, se evidencia cómo los procesos macro - sociales circundando al territorio que habita la población a estudio delimitan el acceso a ciertas fuentes de alimentos balanceados y saludables que garanticen la soberanía y la seguridad alimentaria, ocasionando en los individuos composiciones corporales particulares que muestran una predisposición general a tener IMC elevados, que se reflejan en una composición corporal desbalanceada (Rojas, 2018). También se ve reflejado como las diversas formas de violencia que se presentan en los diferentes contextos han cronificado los síntomas tanto mentales como físicos, sin haber podido tener una adecuada resolución (Entrevista Colectiva, 28 de diciembre de 2020).

Y en cuanto al movimiento de generación, desde lo singular hacia lo particular y general, después de tantos años de olvido, exclusión y ausencia Estatal, la comunidad a través de sus procesos organizativos desarrolló múltiples estrategias para generar relaciones con entes institucionales como con las unidades de búsqueda de personas dadas por desaparecidas, con la comisión de la verdad, con la unidad para la atención y reparación integral de las víctimas, con universidades que han permitido poder gestionar diferentes trámites en pro de la sanación y la reparación individual y colectiva (Entrevista Colectiva, 28 de diciembre de 2020), y que a partir de todo esto pudo ser posible esa valoración integral hecha a través del proyecto de extensión solidaria de la Universidad Nacional, para dar un primer diagnóstico inicial acerca de esas necesidades en salud desatendidas y que no han tenido una completa resolución.

## 5. Discusión

A la luz de los resultados obtenidos en esta investigación, es importante poner en discusión los aspectos más relevantes acerca de las necesidades emergentes de la población sobreviviente a la masacre de Bojayá perpetrada en el año 2002, que por mucho tiempo han sido invisibilizadas por un Estado en el que perviven lógicas coloniales que hacen que en su interior existan territorios más o menos marginalizados (Das y Poole, 2008); sumado también a tener que sufrir el despojo del territorio a causa del conflicto armado emergente en Colombia y en su territorio, que ha permitido la modificación de sus formas de vida y que además, se encuentra directamente ligado al deterioro de su salud y bienestar (Paredes, 2020).

Para empezar, es preciso mencionar que luego de la búsqueda exhaustiva de literatura para construir los antecedentes de esta investigación, no se encontraron estudios publicados con relación a la situación de salud específica de la población de Bojayá con anterioridad a la masacre, ni la correspondiente a los pobladores de Bojayá después de ésta, ni tampoco relativa a los supervivientes a la masacre, que pudieran permitir el acercamiento a una caracterización epidemiológica completa. Inclusive, pese a que el PAPSIVI (Ley 1448, 2011) fue ejecutado durante el 2018 específicamente para esta comunidad, los datos aún no han sido revelados oficialmente para su consulta; ni siquiera como parte de un documento conteniendo la fase I de la evaluación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) completado en 2020 por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MINSALUD, 2020a; MINSALUD, 2020b).

No obstante, el informe antes mencionado presenta un aspecto relevante referente a la población en general de víctimas del conflicto armado colombiano, como lo es el acompañamiento hecho por el MINSALUD de forma directa para la implementación del

Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial en 6 Entidades Territoriales, logrando la priorización de 7 EPS y 18 IPS durante los años 2017 y 2018; mostrando así que esta implementación para el departamento del Chocó se realizó inicialmente en Quibdó para el año 2017, en donde las EPS priorizadas fueron Comfachoco y la Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó (AMBUQ), siendo las IPS Comfachoco IPS y el Hospital Local Ismael Roldan Valencia (MINSALUD, 2020b), mas no se muestra allí la implementación y protocolización para el municipio de Bojayá, pese a que la misma comunidad informó que a diciembre de 2018 ya teóricamente habían desarrollado y culminado dichas valoraciones, y que en Quibdó la fase de protocolización ya se encontraba en ejecución, aunque no había cubierto el total de víctimas a evaluar en el marco del proyecto de PAPSIVI específico de esta comunidad (N. Moreno, 2018). En cuanto a datos sobre caracterización socio demográfica, este informe mostró que pertenecen al régimen subsidiado de salud un 70,5% de las personas identificadas en el Registro Único de Víctimas (RUV) y un 82,1% de los atendidos en el componente psicosocial del PAPSIVI (MINSALUD, 2020b). Lo anterior, es concordante con los datos presentados por nuestro estudio para los municipios de Bojayá y Quibdó, ya que gran parte del porcentaje reportado perteneció a las EPS que se mencionan en dicho informe, entendiendo así que estas EPS son las de mayor cobertura en el departamento para el tipo de régimen subsidiado de salud; concluyéndose que dentro del cumplimiento de las obligaciones Estatales con relación al derecho a la salud a nivel nacional, la afiliación al régimen subsidiado es tomada como la forma en la cual se busca brindar acceso a los servicios de salud para las poblaciones más vulnerables (MINSALUD, 2020b), independientemente de que dicho acceso en últimas se haga efectivo o no lo sea. Otro aspecto notable es que las personas participantes fueron en su gran mayoría mujeres, tanto en el informe de resultados del PAPSIVI (51% del total de la población) (MINSALUD, 2020b), como para los resultados de la presente tesis ( $n=45/66$ ; 68,2%), lo que se traduce en que probablemente las mujeres han sido las mayormente afectadas por el flagelo del conflicto armado en Colombia, en complementariedad con el mayor uso de servicios de salud por parte de mujeres que ha sido documentado desde distintos estudios en diversas poblaciones (Mejía-Mejía, Sánchez-Gandur y Tamayo-Ramírez, 2007; Guarnizo-Herreño y Agudelo, 2008; Zapata-Ossa, Porras-Beltrán y Arias-Cardona, 2019).

Los resultados de esta tesis muestran las dinámicas y relaciones existentes entre la comunidad, los modos de vivir y la salud de la población víctima sobreviviente de la

masacre de Bojayá comprendidos en dos momentos importantes: el primero, el año 2002, tiempo en donde ocurrió el suceso victimizante considerado como un “*crimen de guerra contra sujetos colectivos*” (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2010) y el segundo, el año 2018, en donde se realizó el proyecto de extensión solidaria “Laboratorio Salud Rural Comunidad Bojayá, Chocó” llevado a cabo por el grupo de investigación en Violencia y Salud, adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, el cual se desarrolló como iniciativa surgida luego de las conversaciones que tuvieron los líderes comunitarios con los docentes del grupo acerca de las múltiples necesidades en salud consecuentes al evento. La explicación de esta relación entre la salud y los modos de vivir de la comunidad se hizo a través del enfoque de la Epidemiología Crítica Latinoamericana. Este enfoque permite analizar las formas e intensidades de exposición de las personas a los procesos nocivos o protectores de la salud y la vida, según marcadores de clase, género y etnia, para así entender el metabolismo social – naturaleza y su impacto en la sociedad (Breilh, 2013a).

Desde el contexto estructural de la sociedad en general, los frecuentes problemas de seguridad presentes en el territorio a causa de los enfrentamientos armados como principal proceso destructivo, tanto en el 2002 como en el 2018, han marcado significativamente la manera en que las comunidades negras e indígenas han sido las principales afectadas por la falta de garantías de reparación colectiva, a pesar de los diversos compromisos hechos por el Gobierno Nacional y los diferentes entes gubernamentales (Defensoría del Pueblo, s.f.; Ley 1448, 2011; Gobierno Nacional y FARC, 2016; Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, 2018). Históricamente, Bojayá ha sido un lugar que ha tenido que sufrir las consecuencias de diferentes tipos de violencia, expresadas a través de la discriminación, la exclusión social y explotación económica, además de actos de violencia directa, todo esto como consecuencia del racismo estructural al Estado colombiano. Racismo que también se expresa en la falta de apoyo político y económico, la invisibilización de estas poblaciones, la negligencia en la protección de sus derechos pese a las continuas solicitudes hechas por los líderes sociales que buscan ser tenidos en cuenta en las agendas políticas para la libre autonomía del territorio. La represión frente a las manifestaciones políticas de los líderes sociales, las amenazas, la desaparición y el desplazamiento forzado, se han dado como respuestas ante repertorios que tiene la comunidad para declararse neutral en una guerra en la que sólo tienen intereses el Estado y los grupos armados ilegales (Ramírez, 2020). Otro proceso destructivo relevante es la

constante situación de vulneración de derechos económicos, sociales, culturales y ambientales asociados a esa discriminación racial latente y explícita, a causa de las invasiones externas que les ha quitado los recursos naturales básicos como sustento fundamental para la sobrevivencia y la soberanía alimentaria; el desarraigo respecto a los territorios ancestrales (Paredes, 2020), como consecuencia del desplazamiento forzado y el conflicto armado, representa una grave violación de estos derechos (Reales, 2014).

Con la firma del Acuerdo de Paz, se generó la esperanza de acabar esa continua disputa armada por el territorio, así como se vislumbró la posibilidad de recuperar la tierra, de reconstruir el tejido social y recuperar los saberes ancestrales afectados por las dinámicas del conflicto. Este acuerdo tomó en cuenta aspectos como las necesidades y características de las comunidades, como condiciones para su implementación. El acuerdo además fue el resultado de la participación activa de los distintos actores sociales para que este tuviera un enfoque territorial, diferencial y de género (Gobierno Nacional y FARC, 2016). Con la progresiva salida de las FARC del territorio, la comunidad sintió esa tranquilidad tan anhelada después de tantos años viviendo en carne propia el conflicto armado, y a pesar de que en los planes de reparación colectiva se da garantía a la seguridad a través de planes para la protección del mismo (Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, 2018), la llegada de otros grupos armados ilegales (ELN y paramilitares), han dilapidado por completo la credibilidad de compromisos asumidos por el Estado para hacerlo posible. La implementación del acuerdo en el municipio ha sido poca en términos de desarrollo rural integral, servicios básicos, salud, educación y distribución de tierras (Banchón, 2019).

La lucha política de los afrocolombianos para ser incluidos en las instituciones democráticas, para visibilizar sus agendas políticas, se ha visto quebrantada por la institucionalidad tradicional que se opone a los nuevos movimientos socio-políticos, por ejemplo, impidiendo la participación activa de las víctimas en espacios institucionales como la Cámara de representantes (Banchón, 2019). Todo lo anterior da cuenta de que el continuo racismo y clasismo hacia las minorías étnicas (Curiel, 2002) persiste aún en pleno siglo XXI. Pese a la existencia de marcos normativos garantistas respecto a la población negra estos no se materializan en políticas públicas. Esto solo demuestra que en Colombia los derechos se quedan por escrito, pero no hay una verdadera ejecución de ellos.

Existen modos de vida característicos de las comunidades afectadas por las lógicas descritas que les han permitido a los sobrevivientes luchar contra las diversas formas de violencia armada. Un ejemplo de ello es la consolidación de los Consejos Comunitarios, los cuales constituyen un proceso protector importante que permitió que la población pudiera tomar la vocería para la salvaguarda de sus territorios ancestrales. Esta plataforma les permitió pronunciarse ante los grupos armados ilegales y el abandono del Estado, y por otro lado, mantener vivos los saberes propios para tratar todas aquellas afectaciones físicas y emocionales que los aquejan como consecuencia de la violencia y la falta de infraestructura en salud en la región.

El conflicto armado ha permeado a las comunidades afro que habitan la región del Pacífico, sometiéndolas por décadas a la opresión y subordinación que no ha permitido el crecimiento económico y social, el cual se ha reflejado en la imposibilidad de tener trabajos estables, educación de calidad, servicios básicos competentes y servicios de salud eficientes, además de la alteración de las dinámicas culturales propias que se han ido perdiendo por esa ruptura del tejido social a causa del desplazamiento forzado y la violación de los derechos humanos. Desde el punto de vista de la interseccionalidad vemos que todas estas violencias estructurales son producto del lugar de clase, raza y género dado a los miembros de la comunidad (Gil, 2008; Couto, et al., 2019). Ahora bien, las desigualdades en salud, son generadas principalmente por esas diferencias en las condiciones sociales y económicas que influyen en los estilos de vida, la posibilidad de enfermar y la manera en cómo le hacen frente a las enfermedades (Hilarión-Gaitán, Díaz-Jiménez, Cotes-Cantillo y Castañeda-Orjuela, 2019), esto se traduce en cómo las víctimas supervivientes a la masacre de Bojayá han tenido que afrontar las deficiencias por las diferentes barreras de acceso a los servicios de salud, las cuales no les han permitido tener un adecuado seguimiento a las dolencias causadas tanto por el flagelo de la violencia, como aquellas enfermedades que han surgido con el paso de los años. Como lo menciona Benoit (2009) en su estudio acerca de las desigualdades en salud presentes en las mujeres canadienses, pertenecer a un grupo social vulnerable permite que sea más difícil acceder a la educación, el trabajo, la seguridad y la protección social, demostrando así que esas diferencias socioeconómicas, raciales y de género si tienen efectos negativos en la salud y sus posibilidades de acceso a los servicios que la prestan.

Los hallazgos sobre la situación de salud de la población abordada en el 2002 demostraron que en ese tiempo se cubrieron exclusivamente necesidades urgentes evidentes justo

después del suceso victimizante, muchas de las cuales no tuvieron un adecuado seguimiento que permitiera una total resolución de las alteraciones de la salud instauradas o potenciadas por el hecho victimizante, con lo que al paso de los años esas situaciones se fueron cronificando, de modo que luego para la valoración hecha en el año 2018 se encontró que muchas de tales afectaciones aún persistían, se habían agravado, e incluso se habían convertido en secuelas permanentes. Es importante mencionar que, dentro de los hallazgos en medicina general, se encontró un alto número de personas que aún tienen esquirlas del AEI, lo cual es preocupante ya que, según lo descrito por Parra et al. (2020) en su estudio, se muestra que mantener este tipo de artefactos de composición físico - química desconocida en los tejidos corporales puede desencadenar intoxicaciones que a futuro acarrearía graves consecuencias como el desarrollo de alteraciones cancerígenas, entre otras. Es de anotar que ninguna de esas personas identificadas con esquirlas interiorizadas producto del AEI al que fueron expuestas durante la masacre de Bojayá ha recibido estudio, manejo, o seguimiento adecuado para prevenir, identificar oportunamente o tratar tales consecuencias como fruto del acto de guerra al que sobrevivieron.

Hay un gran número de personas con algún tipo de pérdida auditiva como consecuencia de las exposiciones constantes a explosiones: los bombardeos constantes en el marco de los enfrentamientos por el territorio entre grupos armados; o el propio estallido del AEI de Bojayá; este último generó que varias personas desarrollaran, o puedan a futuro desarrollar, una discapacidad auditiva.

Según datos suministrados por el DANE en 2010 acerca de las personas en situación de discapacidad que se encuentran caracterizadas por el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD), el municipio de Bojayá tendría solo 4 personas con discapacidad en los oídos (DANE, 2010). Este dato es discordante con el presentado en este estudio, según los hallazgos de las valoraciones audiológicas del año 2018 a cargo del equipo de la Universidad Nacional de Colombia que fueron reseñadas, pues la cifra identificada fue muy superior a 4 personas. Al ser analizado, esto puede estar relacionado directamente con la existencia de un requisito de valoración y seguimiento clínico para ser incluido en el registro al RLCPD, lo que demuestra que al año 2010 únicamente esas 4 personas reportadas habían tenido tal seguimiento requerido para ser incluidos en la caracterización del RLCPD. En contraste, la valoración del año 2018 por parte de los profesionales de la UNAL identificó una cifra de 52 personas con esta dificultad, reconocidas en el marco de la realización de valoraciones



audiológicas a todos los participantes. Además del estudio realizado por la UNAL no se evidenciaron otros estudios audiológicos específicamente realizados con población superviviente directa de la masacre de Bojayá o población general de ese territorio, que pudieran servir como base para contrastar la salud auditiva de la población sobreviviente respecto a la totalidad de miembros de la comunidad del municipio. No obstante, los datos reportados por el último Censo Nacional de Población y Vivienda del DANE realizado en el 2018 acerca de las dificultades permanentes para el funcionamiento humano de la población encuestada y según los porcentajes presentados de dificultad funcional para oír, tanto Bojayá como Quibdó registraron grandes necesidades al respecto; no obstante, en comparación con los diagnósticos de pérdidas auditivas (85,25%) evidenciados en las valoraciones audiológicas de la UNAL presentadas en este estudio, los del censo efectuado con población general fueron porcentajes menores; en cualquier caso, el conjunto de datos mencionados muestra que en estos lugares existen necesidades insatisfechas de atención en salud efectiva y completa para diagnosticar afectaciones auditivas y para tratar e identificar la discapacidad, en pro de la resolución de sus dificultades.

El presente estudio muestra que la población aún exhibe alteraciones fruto de su exposición a los eventos de la masacre de Bojayá del 2002 que afectan su funcionamiento mental; así, en la actualidad son muchas las secuelas emocionales que no han sido resueltas, y que en cambio se han exacerbado a causa de la falta de atención inicial y la re - exposición a otros eventos violentos por persistencia del conflicto armado en sus territorios. Como lo menciona Campo-Arias et al. (2017), la constante exposición a dichos eventos puede estar relacionada con el fenómeno de polivictimización, el cual se entiende como la ocurrencia paralela de múltiples maneras de violencia interpersonal o colectiva, que componen un conjunto de experiencias traumáticas a repetición que viven las personas víctimas del conflicto armado interno y que traen con sí implicaciones como pérdidas materiales e inmateriales, alteraciones en los estilos de vida y el afrontamiento de nuevos riesgos; todo lo anterior genera, una asociación fundamental con síntomas de sufrimiento emocional como discriminación percibida, depresión y ansiedad, que desencadenan el desarrollo de trastornos mentales en las personas que los padecen. En Colombia, el conflicto armado interno es el principal causante de polivictimización: al desplazamiento forzado se unen formas de violencia como amenazas de muerte, desapariciones, secuestros, homicidios agresiones sexuales y torturas que agudizan

dichos síntomas de sufrimiento producidos (Campo-Arias, Sanabria, Ospino, Guerra y Caamaño, 2017); todo ello pudo evidenciarse en las personas víctimas de la masacre de Bojayá que fueron exploradas en nuestro estudio, como presentado en la sección de resultados. Ante ello, y entre otras intervenciones necesarias, es importante fortalecer el acompañamiento jurídico, psicosocial, en salud mental, y material por parte de las autoridades, en donde se adopten acciones estatales para mitigar las consecuencias del conflicto y evitar la revictimización en la población (Observatorio Nacional de Salud – ONS, 2018).

Los datos estadísticos consultados desde fuentes oficiales para complementar la información sobre causas de mortalidad, morbilidad, discapacidad y salud para el análisis del perfil epidemiológico de los sobrevivientes a la masacre de Bojayá, permitieron ampliar el panorama de la información publicada o gris fruto de investigación, tanto para el año 2018 como para el año 2002. Es importante recalcar que el reporte de las lesiones de causa externa en la herramienta virtual Forensis dató información sobre un alto número de homicidios presentados durante el año 2002 en Bojayá, lo cual puede estar relacionado con el suceso victimizante, además que reportó también homicidios en niños, dejando así en evidencia las graves consecuencias que dejó el conflicto armado en esta población por cuenta del evento índice violento abordado por esta tesis (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2002), dicha información fue más precisa en comparación a la presentada por las estadísticas vitales de DANE para ese año en concreto. En este año 2002 no se evidenciaron boletines epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud (INS) que permitieran ahondar en los eventos de interés en salud pública del municipio. La ausencia de datos relevantes sobre Bojayá desde dos fuentes de información oficiales centrales del Estado colombiano, como el DANE y los boletines epidemiológicos del INS para el año en que ocurrió la masacre de Bojayá, dan cuenta del carácter marginal con que el Estado colombiano asume las afectaciones graves a la salud y la vida en regiones rurales, habitadas mayoritariamente por poblaciones racializadas, y sometidas a los rigores del conflicto armado interno.

Por otro lado, los datos adicionales de fuentes oficiales para el año 2018 permitieron complementar aún más la información obtenida desde los proyectos desarrollados en Bojayá ese año por la UNAL, junto con otra información publicada, para mejorar el análisis epidemiológico de la población estudiada en este segundo momento de observación. Es interesante mencionar que, en el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2018, se

reportaron datos relevantes correspondientes al municipio de Bojayá sobre las dificultades permanentes para el funcionamiento humano presentes en la población, lo que permite soportar la notoria insistencia de las personas habitantes en esa región en torno a la necesidad de conseguir un oportuno acceso a servicios de salud garantados, no solo para la población objeto de este estudio sino para la población en general, que permitan llegar de manera eficiente tanto a personas que presentan algún tipo de dificultad para realizar sus actividades diarias para tener un constante seguimiento y que en un futuro el riesgo de padecer una discapacidad sea más tolerable para que estas personas puedan tener una mejor calidad de vida, como el ingreso de otras personas con procesos afectando su salud y su vida a los servicios en salud que requieran. En lo concerniente a los boletines epidemiológicos departamentales que se deben elaborar por trimestre, no fue posible obtener el informe correspondiente al segundo trimestre de 2018, ya que no se encontró en las páginas oficiales de la Secretaría de Salud del Departamento del Chocó, lo cual impidió visualizar la continuidad del reporte de los casos de interés en salud pública del municipio para todo ese año. Con respecto a lo evidenciado en la herramienta virtual Forensis del 2018, este informe reportó un mayor número de homicidios para Quibdó afectando principalmente a los hombres (71 casos, tasa del 121,55 x 100.000 habitantes) y para el reporte de violencia de pareja en Quibdó, se presentó un mayor número de casos en mujeres (175 casos, tasa del 399,79 x 100.000 habitantes), estas tasas comparadas con las tasas a nivel nacional son muy elevadas y pueden estar relacionadas con que las personas de Bojayá desplazadas a Quibdó se han visto sometidas a vivir en sitios con condiciones de vida muy difíciles, donde existe una gran inseguridad que permite la constante presencia de violencia común; además, con referencia los casos de violencia de pareja, en donde la mujer es la más vulnerable, puede estar asociado a las pocas posibilidades laborales que tiene, lo que dificulta el poder alejarse de las dinámicas de violencia que vive en su entorno (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018).

Frente a estas falencias y a lo evidenciado en los reportes oficiales tanto para el año 2002 como para el año 2018, principalmente en páginas como las del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), donde no existe información específica para el municipio de Bojayá, o respecto a los Planes de Desarrollo Municipales, donde los datos son desactualizados, o en las estadísticas vitales presentadas por el DANE en donde no se arrojaron los datos reales asociados al evento sucedido en el año 2002 en Bojayá, se

puede contrastar y compartir la idea con lo expresado por Hilarión-Gaitán (2019) al comentar que “el sistema de salud colombiano se ha caracterizado por no contar con datos públicos completos, ni con registros adecuados y unificados, que permitan obtener información actualizada sobre el estado de salud de la población de forma rápida y sencilla” (p. 738); constituyendo así una muestra de la marginalización y violencia estructural a la cual el Estado tiene sometida a esta población negra, junto con sus vecinos circundantes indígenas y colonos campesinos, en términos de la garantía de condiciones para el ejercicio de derechos e incluso de la ciudadanía. Además, se pone en tela de juicio la eficacia de los programas implementados con enfoque territorial hasta el momento, ya que con el paso de los años y contando con el supuesto fortalecimiento de los programas con enfoque territorial, es visible aún esa subordinación colonizadora que mantiene a las minorías étnicas en el margen de todas las políticas Estatales, que impiden que dichos grupos puedan tener un proceso de desarrollo en todos los aspectos sociales, culturales, económicos y sobre todo en términos de conseguir un estado de salud satisfactorio, reflejado en bienestar y buen vivir, que les permita “vivir sabroso”; todo ello puede servir también como un indicador de cómo han evolucionado los temas de reparación en salud mental y física, entre otros asuntos necesarios, que permitan poner a la luz los reales avances en la implementación de los acuerdos de paz y programas de desarrollo territoriales, para los cuales esta población está priorizada.

Con referencia a los cambios y persistencias evidentes en el perfil epidemiológico presentado para el año 2002 y el año 2018, desde el dominio de lo general, una de las principales persistencias es la presencia aún de actores armados en el territorio a pesar de que la firma de acuerdo de paz ocurrida en el 2016 abrió la posibilidad de fin del conflicto armado; a causa de esto, también persisten las dificultades a nivel económico que han surgido para la población en el contexto del conflicto armado, la poca garantía de los derechos humanos, y la imposibilidad de ejecutar actividades para la subsistencia alimentaria. La inacción del Estado frente a las constantes alertas efectuadas por diversos actores sociales sobre los enfrentamientos de grupos armados ilegales, que ponían en riesgo a la población civil, también ha persistido; para el año 2002 fue la Diócesis de Quibdó y para el 2018 la Defensoría del Pueblo quienes intentaron alzar la voz en busca de protección que no llegó oportunamente a las comunidades, mostrando que durante los 16 años que han transcurrido desde la masacre hasta el 2018, no ha habido cambio alguno con respecto al abandono Estatal hacia estas poblaciones atrapadas en medio de los

actores armados y sus intereses, lo cual refleja las notables desigualdades sociales de clase y etnia, multiplicadas en virtud del género, que han vivido las comunidades afro del Pacífico Colombiano en general (Gil, 2008), y en especial la comunidad de Bojayá.

Hay un cambio importante que vale no obstante resaltar, y es que en el 2018 se firmó un Plan Integral de Reparación Colectiva (PIRC), donde se contemplaron componentes vitales para la recuperación del territorio abordado en diversos aspectos, ya mencionados anteriormente, que abrieron esperanzas para poder mostrar que si es posible romper la brecha y lograr transformaciones a la exclusión social y política que ha vivido la población desde tiempos inmemorables (Couto, et al., 2019; Urrego-Mendoza et al, 2021).

En el dominio particular, la permanencia más evidente a lo largo del tiempo se enfoca hacia la alteración de las condiciones de vida, ya que el desplazamiento forzado presente en el 2002 modificó las dinámicas propias de la comunidad, desde los modos de vida hasta las prácticas ancestrales que ellos tenían antes del suceso de guerra, lo cual para el año 2018 continua profundizándose, pues a pesar de que varias personas retornaron al municipio, sienten que el peligro latente del conflicto no ha dejado de influir en estas dinámicas desestructurantes del tejido social y los modos de vida propios, lo cual ha posibilitado la pérdida de muchas prácticas que se inculcaban tradicionalmente en el pasado, de cara a las generaciones futuras; un claro ejemplo de esto también está relacionado con la reubicación de la cabecera municipal, ya que en los manifiestos de las personas dicen haber perdido hasta el lazo que tienen con el río Atrato, y esto es una forma indirecta de marginación y discriminación racial, donde no se respetan los derechos culturales étnicos que hacen parte también de la autoridad que ellos tienen sobre su territorio (Programa de Justicia Global y Derechos Humanos, 2009).

Otras persistencias a resaltar están constituidas por las estrategias de afrontamiento que los Bojayaceños sobrevivientes a la masacre han empujado para la recuperación de las afectaciones en salud individuales y colectivas, y las diversas manifestaciones de resiliencia para superar las circunstancias traumáticas que han vivido tanto en el 2002 como en los transcurrido hasta el 2018 (Urrego-Mendoza et al, 2021). Por otro lado, son visibles las necesidades básicas insatisfechas en cuanto al acceso al trabajo formal, la educación y los servicios de salud, los cuales fueron evidenciados principalmente en los hallazgos del 2018 y que, en comparación a lo presentado en los Planes de Desarrollo Municipal consultados, no presentan cambios muy evidentes respecto a situaciones

temporalmente anteriores, incluso previas a la masacre del 2002 (Alcaldía Municipal de Bojayá, 2012, 2016); es aquí donde se hacen presentes las profundas desigualdades sociales en los marcadores clase, género y raza-etnia para las personas sobrevivientes que habita tanto en Quibdó como en Bojayá (Couto, et al., 2019).

Ahora bien, en el dominio singular, unido a esas inequidades sociales, se encuentran múltiples desigualdades en salud (Couto, et. al, 2019) persistentes desde el momento de la masacre hasta el 2018, donde existen aún las múltiples necesidades insatisfechas que han permitido la cronificación de las secuelas físicas y mentales individuales, debida a la inoportuna intervención y resolución de las afectaciones sufridas por el hecho victimizante índice, aunadas a otros posteriores en un contexto deprivado de apoyos; estas desigualdades en salud requieren con urgencia ser subsanadas para que la comunidad pueda disfrutar del bienestar completo, del derecho a la salud y la vida digna (Urrego-Mendoza et al, 2021). Además, la presencia de estas inequidades es concordante con los índices de vulneración a los derechos para el monitoreo de la discriminación racial en la población afrocolombiana, en donde se muestra que uno de los municipios con mayor vulneración del derecho a la salud es Bojayá en el Chocó, seguido del municipio de Vigía del Fuerte en Antioquia, el inmediatamente vecino del anterior (Organización Internacional para las Migraciones – OIM, Ministerio del Interior y Centro Nacional de Consultoría, 2018).

En cuanto a los diagnósticos reportados en el informe del PAPSIVI para la población en general de víctimas del conflicto armado atendidas por dicho programa, según informe del 2020 (MINSALUD, 2020b), se encontró una similitud en referencia a dos de las tres principales morbilidades más frecuentes en los evaluados por el proyecto reseñado de la UNAL (patologías no transmisibles y signos y síntomas mal definidos) según los diagnósticos más relevantes presentados por cada uno los profesionales que participaron en el proyecto universitario del 2018 y los reportados en ese estudio del Minsalud para los sobrevivientes de la masacre (Urrego-Mendoza et al, 2021; MINSALUD, 2020b).

En el presente estudio se resalta la importancia de la elaboración del perfil epidemiológico crítico como herramienta que permite la identificación de las características estructurales, particulares y singulares que influyen de forma negativa o positiva en la situación de salud de una población que históricamente ha sido fuertemente afectada de modo negativo por el conflicto armado y el abandono del Estado; además, toda esta evidencia puede ser utilizada como apoyo para promover iniciativas de articulación efectiva entre la comunidad

con necesidades insatisfechas y las entidades de salud con obligación de atenderlas, de las cuales los sobrevivientes serían beneficiarios, tanto en lo individual como en lo colectivo, en el marco de los programas de reparación integral pactados por el Gobierno para la restitución de sus derechos como víctimas, entre otras iniciativas que deberían estarles beneficiando efectivamente.

Hay que reconocer el hecho de que esta tesis se desarrolló en buena medida en el marco de la pandemia COVID - 19, lo cual generó limitaciones insoslayables en las posibilidades de recolección directa de cierta información específica para la tesis dentro del territorio afectado, contemplada para complementar algunos aspectos, en el marco de un diseño inicial que no pudo llevarse a cabo completamente por restricciones de movilidad impuestas por la pandemia. Limitantes que se tradujeron en la imposibilidad de poder realizar entrevistas a actores clave, líderes comunitarios o personas afectadas, los cuales pudieran haber suministrado mayor información correspondiente a las condiciones de vida antes del suceso y percepción sobre los servicios de salud. También se debió afrontar la negativa respuesta de entidades como la Secretaría de Salud Departamental y el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia, que no permitieron complementar información importante para los análisis del presente trabajo. Sin embargo, la consulta de fuentes publicadas en línea desde entidades estatales permitió parcialmente suplir esa negativa a proporcionar información específica para la tesis, aunque con grandes limitaciones por ser pocos y fragmentarios los datos disponibles así. Igualmente, la posibilidad de acceso a bases de datos de proyectos previos ejecutados desde el Grupo de Investigación en Violencia y Salud con la misma población objeto, que pudieron ser reanalizadas para esta tesis, subsanó la imposibilidad de realizar algunas de las entrevistas que se habían planificado en un principio para esta tesis.

En ese marco de fortalezas y limitaciones, esta investigación abre las puertas para enfocar trabajos futuros encaminados a afrontar debidamente las secuelas en salud tanto físicas como mentales más importantes en la población de supervivientes de la masacre de Bojayá ocurrida en el 2002, que permitan una atención completa, incluyendo la atención especializada, para que por fin sean del todo resueltas, sin dejar de lado los saberes propios que sin lugar a dudas podrán complementar y enriquecer los procesos de debida atención integral a las personas y la comunidad en general. El poder ayudar a la comunidad afro de Bojayá desde el ámbito académico contribuye a cerrar la brecha que por años el conflicto armado ha puesto para entrar en el territorio y conocer su experiencia de vida;

este trabajo ha evidenciado necesidades insatisfechas en salud y potencialidades para su afrontamiento en la comunidad de personas supervivientes a la masacre de Bojayá del 2002, en el marco de los procesos sociales y políticos que han ido configurando tales realidades, siendo este un aporte para su solución desde las posibilidades concretas de una tesista de maestría en salud pública.



# **6. Conclusiones y Recomendaciones**

## **6.1 Conclusiones**

**La estructura de la sociedad en general como determinante sobre los dominios particular y singular de la población de víctimas sobrevivientes a la masacre de Bojayá.**

El conflicto armado interno vigente en la región del Pacífico, se mostró como un determinante estructural sobre los dominios particular y singular del perfil epidemiológico crítico para los habitantes de la región en general; lo anterior, debido a la constante confrontación entre actores armados por la disputa del territorio, lo cual ha permitido la constante violación a todos los derechos humanos, económicos, sociales, culturales y ambientales de los habitantes y en especial de los sobrevivientes a la masacre de Bojayá del año 2002, quienes en ese contexto sufrieron la victimización en cuestión; sumado al gran abandono Estatal que han tenido que sufrir a lo largo de los años, mostrando así la acumulación de una enorme deuda social sobre dichas poblaciones, y ha retado las dinámicas organizativas propias que la comunidad ha construido para la protección y reclamación de sus territorios ancestrales y de sus derechos como colectivo afrocolombiano.

La presencia de los grupos armados ilegales en el territorio han sido la causa directa de las continuas formas de vulneración a la vida y la salud sufridas por el colectivo de sobrevivientes de la masacre de Bojayá (desplazamientos forzados, amenazas, confinamientos, homicidios, inseguridad, privación de la libertad e inmovilización) que la población civil ha tenido que sufrir durante el paso de los años y que a pesar de la firma del acuerdo de paz con las FARC, estas formas de violencia aún siguen activas de parte

de otros actores armados y han provocado diversas transformaciones en aspectos socioeconómicos y culturales impidiendo así el surgimiento y desarrollo de los pobladores. Además, la notable presencia de necesidades básicas insatisfechas como el acceso a servicios de salud y sanitarios eficientes, trabajo y educación dignos y soberanía alimentaria, que han repercutido negativamente en la mejora de sus condiciones de vida. A esto se suma que, durante tantos años, los sobrevivientes no hayan podido tener una oportuna ni adecuada resolución a las afectaciones físicas y emocionales causadas por la masacre, causándose que en definitiva por la ausencia de tratamientos estas se hayan cronificado.

De esta manera queda ilustrado cómo pese a todas las intervenciones Estatales para la implementación de los planes de reparación colectiva e individual para la recuperación del territorio, el tejido social y la salud de las víctimas sobrevivientes, ello solo se ha convertido en un formalismo político que no ha generado una respuesta positiva que permita el desarrollo y la reparación en todos los ámbitos que son requeridos por la comunidad y por cada persona afectada.

Todo lo anterior corresponde a que cultural y políticamente la población afrocolombiana ha sufrido la marginalización Estatal traducida en ese racismo y clasismo evidente que los excluye al pertenecer a lugares inhóspitos y periféricos, en donde el gobierno nunca se ha enfocado en poner de su parte para el apoyo al desarrollo económico y social que beneficie a dichas poblaciones, si no por el contrario esos intereses se han tornado al beneficio propio para la industrialización del centro del país, lo cual les ha quitado de sus manos la propiedad de la tierra, sus usos y costumbres; a estos intereses también se suman los grupos armados ilegales, ya que por sus grandes ríos siempre se han tomado como rutas clave para la movilización del narcotráfico, todo esto ha dejado en una absoluta desventaja a todas las comunidades del litoral del Pacífico, quienes desde siempre han mostrado una total neutralidad ante la constante la disputa del territorio entre los diversos grupos armados legales e ilegales; razón por la cual históricamente han sido sometidos y sumergidos en esas profundas formas de vulneración expresadas por medio de la discriminación, la exclusión social, explotación económica y las graves consecuencias tanto materiales, como físicas y emocionales que les ha dejado la violencia. La reclamación de los derechos como víctimas del conflicto armado desde la vocería de los líderes sociales, han dado como respuesta la falta de apoyo político y económico, la invisibilización, la negligencia para la protección y la seguridad del territorio y sus

habitantes; además dichas manifestaciones hechas en las agendas políticas, han resultado en represiones, amenazas y desapariciones de quienes luchan cada día por la verdad y la justicia al pertenecer a movimientos político-sociales minoritarios que van en contra del ideal hegemónico tradicional colombiano.

**Los procesos destructivos y protectores de la salud en el dominio particular: las alteraciones en los modos de vida, redes sociales y familiares, y las estrategias de afrontamiento grupales de la comunidad Bojayaceña.**

Desde la llegada de la violencia al territorio, el desplazamiento forzado como principal proceso destructivo, permeó de manera negativa los modos de vida de la comunidad, lo cual con el paso de los años se ha evidenciado en la inaccesibilidad a unas condiciones de vida adecuadas que les permitan tener mejores posibilidades para poder satisfacer sus necesidades básicas primordiales. En ello se ha reflejado el difícil acceso a los servicios de salud, donde a pesar de tener una buena cobertura en términos de afiliación, la presencia de diversas barreras para el acceso a estos servicios ha generado grandes dificultades que han obstaculizado la resolución de los padecimientos físicos y emocionales causados por el suceso índice. La comunidad creó estrategias de afrontamiento basadas en los conocimientos ancestrales para la recuperación de las afectaciones en salud, han tratado los malestares físicos a través de la medicina tradicional y la etnobotánica, y para la sanación psicosocial se han apoyado en la tradición cultural de los cantos y alabos, que además han sido manifestaciones de resistencia y rechazo ante el conflicto armado. Los pocos beneficios brindados por el Estado, como el programa PAPSIVI, no han sido del todo efectivos porque no todas las personas afectadas han sido atendidas, y las atendidas no han recibido una respuesta definitiva, ni términos de conocer de primera mano los resultados de dichas valoraciones realizadas que les sirvan de medio para la reclamación de sus derechos, ni para la remisión y atención integral por medicina especializada y otros servicios de salud requerido en todos los casos que lo necesitan.

Por otra parte, el conflicto armado en la región también ha contribuido a la deficiencia de las condiciones de vida en aspectos económicos y sociales debido a que, por las constantes limitaciones a la movilidad, el confinamiento y la opresión, la comunidad no ha podido tener un surgimiento tanto para tener una educación de calidad, como para optar por un trabajo estable o emprender en pequeños negocios que les permita asegurar el bienestar financiero de ellos y sus familias, demostrando así que hacen parte de los grupos

sociales más vulnerables de Colombia en materia de oportunidades para el desarrollo. Es de notar que la posibilidad para hombres y mujeres es diferente, ya que aún se concibe el hecho de que quien debe salir por el sustento familiar es la figura masculina, lo cual se vio reflejado en el mayor número de hombres con un trabajo de cualquier tipo, mientras que la ocupación de la mujer fue principalmente en las labores del hogar.

En cuanto a las dinámicas culturales, los saberes ancestrales y el tejido social, estos han sufrido transformaciones, ya que gran parte de los sobrevivientes se han tenido que alejar de sus raíces a causa del desplazamiento, los cambios de vida y la vulneración de sus derechos como víctimas. No obstante, los procesos organizativos que la comunidad a creado desde tiempos inmemorables como formas de resistencia ante la violencia, permitieron la consolidación de los consejos comunitarios y desde allí luchar por el reconocimiento y la protección de sus territorios ancestrales y pronunciarse neutrales ante la presencia de los grupos armados ilegales y el absoluto abandono del Estado.

El apoyo comunitario que emergió justo en el momento de la masacre y continua en la actualidad, ha mostrado ser un factor protector importante, ya que, desde la gestión del Comité por los Derechos de las Víctimas de Bojayá, los sobrevivientes han podido acceder a diversas ayudas para la reclamación de sus derechos como víctimas; y además al desarrollo de actividades para la recuperación emocional, como la reconstrucción de la memoria histórica, y la creación de alternativas para la conservación de los saberes ancestrales ha logrado el fortalecimiento del tejido social, influyendo positivamente en la mejora de las afectaciones en salud de los pobladores. Por otro lado, el predominio de las familias extensas en las poblaciones afro del Pacífico impidió que los lazos fraternales se hubieran perdido completamente, lo que ha ayudado a subsanar las afectaciones emocionales generadas por la violencia.

### **Los procesos protectores y destructivos de la salud en el dominio singular, expresados en causas de mortalidad, morbilidad, discapacidad y salud individuales.**

El resultado del ataque violento a la comunidad Bojayaceña en el año 2002 dejó con sí centenares de civiles muertos y otros tantos heridos, quienes sufrieron múltiples afectaciones en salud tanto físicas como emocionales. La atención médica inicial en estas personas se enfocó principalmente en tratar los padecimientos más urgentes con relación al suceso índice, la cual además fue efectuada con bastantes deficiencias. Con el paso del tiempo, varias de esas afectaciones generaron graves secuelas que, por la falta de un

adecuado seguimiento no hubo un proceso resolutivo efectivo el cual permitiera la efectiva curación de las mismas.

Muestra de ello, en el año 2018 a partir de las valoraciones realizadas en los sobrevivientes se encontraron múltiples enfermedades físicas, trastornos mentales y crisis vitales persistentes asociadas con la constante exposición a la violencia presente en el territorio y el abandono Estatal. Llama la atención que a pesar de la exposición al AEI, una gran cantidad de la población aun tenga retenido en su cuerpo esquilas sin el debido manejo ante una posible intoxicación por metales pesados y que desde la mirada de la comunidad relacionen dicha exposición con las muertes por cáncer en varios pobladores, enfermedad que antes del suceso no existía de manera notable entre los miembros de la comunidad, desde su percepción; por otro lado, el gran número de personas con pérdidas auditivas de algún tipo, con el corolario de que es conocido que el estar expuesto al estallido de un AEI puede generar secuelas graves en el sistema auditivo, y sin embargo no se habían realizado valoraciones audiológicas sistemáticas en los sobrevivientes después de ocurrir el evento traumático. A pesar de las distintas intervenciones psicosociales hechas en el territorio, aún se presentan alteraciones en el funcionamiento mental que por la re - exposición a eventos traumáticos aunados a la guerra y el no poder en ese entonces despedir a sus seres queridos de acuerdo a sus costumbres, generó que los síntomas cronificaran y desarrollaran trastornos mentales los cuales tampoco han tenido una intervención terapéutica efectiva. Finalmente, tanto por las complicaciones físicas como psicosociales se ha desencadenado que varias personas tengan la probabilidad de padecer una posible discapacidad, si bien las barreras de acceso a los servicios de salud también han contribuido al desconocimiento de la discapacidad y su certificación, ya que esta población en particular no ha sido priorizada para realizar una debida caracterización que permita conocer a profundidad si aquellos asuntos en salud desatendidos a causa de la masacre han desencadenado múltiples discapacidades en las personas sobrevivientes. La identificación de las necesidades en salud datadas en la investigación muestra que es necesaria una atención especializada completa, la cual brinde la posibilidad de obtener una resolución ideal a las afectaciones físicas y emocionales en estas personas.

Así pues, el perfil epidemiológico de la población sobreviviente a la masacre de Bojayá desarrollado desde la perspectiva de la epidemiología crítica latinoamericana logró determinar la existencia de una abundante y urgente necesidad de respuestas efectivas por parte del Estado que garanticen la resolución eficiente de aquellas afectaciones y

secuelas en salud no tratadas, las cuales han dificultado en las personas el poder continuar con sus proyectos de vida, sumado al debido cumplimiento de los compromisos pactados en los planes de reparación colectiva. Es importante resaltar que los datos presentados en este estudio son contundentes para reflejar el movimiento de subsunción social-biológico, que desde la presencia de los acontecimientos de violencia por parte de los grupos armados ilegales han limitado a través de los años las adecuadas atenciones en salud dando como respuesta la gran cronificación de dichas enfermedades físicas y mentales emergentes en la población; del mismo modo, ha quedado ilustrado como el movimiento de generación de respuestas sociales desde la comunidad, han mediado posibilidades para la solución de estas dificultades.

## **6.2 Recomendaciones**

- Complementar el estudio con futuras investigaciones que permitan tener mayor información de fuentes primarias, como las construidas a partir de entrevistas de líderes comunitarios y personas afectadas que permitan ampliar el análisis de la información desde el punto de vista desde los directamente implicados en el flagelo del conflicto armado.
- Realizar estudios que permitan el seguimiento de las afectaciones en salud con graves secuelas, en cuanto al acceso a especialidades médicas y otros servicios de salud requeridos que complementen la información obtenida en esta investigación.
- Que en los planes de desarrollo municipales se haga una adecuada caracterización de los perfiles epidemiológicos teniendo en cuenta la estructura social, los modos de vida y los estilos de vida poblacionales.
- Indagar en profundidad sobre las evidentes desigualdades sociales y en salud para que sean tenidas en cuenta a la hora de elaborar los planes de desarrollo nacionales, con el fin de tener claridad acerca de las necesidades reales que aquejan a la población afro de Colombia.

## **A. Anexo: Formato de Consentimiento Informado para Profesionales en Salud**

Yo \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que me entreviste la investigadora NATALIA MORENO ARÉVALO, maestrante de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, en el marco de la realización del proyecto de tesis de maestría sobre “Perfil epidemiológico de la población víctima del conflicto armado sobreviviente a la masacre de Bojayá, Chocó. 2018.”, enmarcado en las líneas de trabajo del grupo de investigación “Violencia y Salud” adscrito a la Universidad Nacional de Colombia.

Este estudio proporcionará bases para construir el perfil epidemiológico que caracteriza el estado de salud de la población sobreviviente a la masacre señalada, como base para la búsqueda de mecanismos que permitan la atención integral futura de esas necesidades identificadas.

Comprendo que se me solicita participar en mi calidad de profesional de la salud, en el área de \_\_\_\_\_, quien participó en la valoración clínica de las víctimas sobrevivientes en el año 2018 dentro del marco del proyecto de Extensión Solidaria - Laboratorio de Salud Rural Comunidad de Bojayá, Chocó.

Entiendo que seré entrevistada/o por vía virtual mediante teleconferencia con la participación de la entrevistadora y yo, y en los horarios que me convengan. Conozco que se estima que la duración promedio de la entrevista sea de entre una y dos horas. Autorizo que la entrevista sea grabada para los fines del proyecto.

Igualmente, tengo claro que la entrevista versará sobre las condiciones del estado de salud de las personas que fueron valoradas por mí en la ocasión ya señalada, en cuanto a los resultados y procesos de determinación social de su salud, que según mi experticia presentaban dichas personas evaluadas, en el nivel de lo singular, lo particular y en relación con el nivel de lo general.

Es también de mi conocimiento que la entrevistadora puede ponerse en contacto conmigo en el futuro a fin de obtener más información sobre los mismos temas tratados en la entrevista.

He consentido libremente participar en esta entrevista, se me ha notificado que es totalmente voluntaria mi participación y que aún después de iniciadas y aceptadas esas actividades puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que mis respuestas e información personal, y la identidad de las personas cuyos datos de registros clínicos discutiremos durante la entrevista, no serán reveladas a nadie de manera separada del análisis general efectuado por el estudio y que en ningún informe de este estudio se me identificará por mi nombre, siendo utilizada solamente referencia general a mi calidad de profesional de la salud de una determinada área quién valoró a las personas víctimas del conflicto armado interno que sobrevivió a la masacre de Bojayá en el año 2002; y jamás por fuera de los objetivos del estudio. Entiendo y acepto que tal confidencialidad es la estrategia empleada por el equipo investigador para proteger la intimidad.

Entiendo y acepto que por participar en este estudio no recibiré beneficio directo, más allá de la satisfacción de colaborar con el fin de esclarecer la situación de salud de esta población, aportando mis conocimientos como profesional de la salud.

Se me ha preguntado si tengo alguna duda sobre el estudio en este momento y es de mi conocimiento que los resultados finales de la investigación serán reflejados en la tesis de maestría de la investigadora.

Dicha persona puede ser localizada mediante una llamada al número:

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del entrevistado/a: \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistado/a: \_\_\_\_\_

C.C. o T.I. del entrevistado/a: \_\_\_\_\_

Firma de la entrevistadora: \_\_\_\_\_

Nombre de la entrevistadora: \_\_\_\_\_

C.C. de la entrevistadora: \_\_\_\_\_



## B. Anexo: Formato de Entrevista Colectiva

### DEFINICIÓN:

La entrevista colectiva es un método de investigación en donde se realiza un diálogo con los participantes para la reflexión compartida acerca de un tema o vivencia que se da en un mismo contexto. El objetivo radica en la elaboración conjunta a través de fuentes de memoria para la construcción acerca de determinados acontecimientos del pasado. Es una metodología participativa en la que el investigador al trabajar con un grupo, posibilita la construcción de diversos aportes que puedan ser transmitidos a otros grupos y además se pueda generar nuevas contribuciones dialógicas que retroalimenten el tema en común. (Rodríguez, 2008)

### CONTEXTO:

Primero se contactará a los profesionales quienes realizaron la evaluación de la situación en salud a través del proyecto de extensión solidaria “Laboratorio Salud Rural Comunidad Bojayá, Chocó” en el año 2018, con el fin de pedirles su participación en una entrevista colectiva para el proyecto de tesis titulado “**Perfil epidemiológico de la población víctima del conflicto armado sobreviviente a la masacre de Bojayá, Chocó. 2018.**”, en donde se presentarán las matrices de procesos críticos desarrolladas para los dos años de interés de la investigación (2002 y 2018), las cuales contienen información para el análisis de los procesos de reproducción social contenidos en los dominios de los general, particular y singular. El objetivo de esta presentación es generar con ellos una discusión en torno a los hallazgos acerca del estado de salud, discapacidad y morbilidad de la población objetivo buscando una interpretación desde cada una de sus áreas de

conocimiento (psicología, fonoaudiología, medicina y fisioterapia), además debatir acerca del contexto social en el cual se encontraba la comunidad y cómo este contexto influyó en los procesos de salud-enfermedad durante los años 2002 y 2018, a partir de los conocimientos que tienen acerca del perfil epidemiológico de la Epidemiología Crítica Latinoamericana.

Luego se les hará firmar el consentimiento informado del estudio, el cual consta su aceptación de participación en la entrevista colectiva; la entrevista se realizará por videoconferencia dadas las restricciones planteadas por la pandemia COVID-19, este consentimiento será leído al inicio de la entrevista una vez solicitado el permiso para grabar, con el fin de que conste en la grabación que las personas participantes aceptan la actividad; posteriormente, además se les enviará por correo electrónico para que lo firmen y lo devuelvan en formato PDF.

#### **PROCEDIMIENTOS PARA LA ENTREVISTA:**

Una vez firmado el consentimiento informado, la entrevistadora procederá a hacer una exposición acerca de algunos conceptos clave que les servirán de ayuda para la discusión; luego se les presentará la primera matriz de procesos críticos de Bojayá del año 2002 propuesta por la investigadora principal, e inmediatamente se procederá a realizar unas preguntas con base en su experiencia de trabajo con la comunidad de supervivientes de la masacre de Bojayá en diciembre de 2018:

1. ¿Qué piensan ustedes acerca de la información contenida en el dominio de lo general, creen pertinente agregar algo más que sirva para la construcción del mismo?
2. ¿Qué piensan ustedes acerca de la información contenida en el dominio de lo particular, creen pertinente agregar algo más que sirva para la construcción del mismo?
3. ¿Qué piensan ustedes acerca de la información contenida en el dominio de lo singular, creen pertinente agregar algo más que sirva para la construcción del mismo?
4. ¿Qué aspectos ponen en evidencia la relación entre los dominios de lo general a lo particular y de lo particular a lo singular (movimiento de subsunción), y viceversa (movimiento de generación)?

Sub-pregunta complementaria 4.1: ¿En qué aspectos concretos quedaría ejemplificado el movimiento de subsunción de lo general a lo particular y singular, en el marco de la matriz de procesos críticos presentada?

Sub-pregunta complementaria 4.2: ¿En qué aspectos concretos quedaría ejemplificado el movimiento de generación, de lo singular a lo particular, y de allí a lo general, en el marco de la matriz de procesos críticos presentada?

Una vez culminada la discusión de la primera matriz, se continuará con la explicación de la matriz de procesos críticos de Bojayá del año 2018 propuesta por la investigadora principal, y se les hará las preguntas anteriormente mencionadas para generar discusión y análisis al respecto.

El tiempo determinado para la explicación del objetivo de la entrevista y la exposición de los conceptos por parte de la entrevistadora será de 5 minutos, para la exposición de la primera matriz de procesos críticos (2002), las preguntas y la discusión de los participantes será de 1 hora; y para la explicación de la segunda matriz de procesos críticos (2018), las preguntas y la discusión de los participantes será igualmente de 1 hora. Cada pregunta tendrá un tiempo de 12 minutos para el análisis y la discusión por parte de cada uno de los profesionales entrevistados. Con los resultados de la entrevista colectiva, se retroalimentarán y ajustarán las matrices de procesos críticos inicialmente propuestas por la investigadora principal.

### **CONCEPTOS CLAVE:**

**Matriz de procesos críticos:** Herramienta metodológica la cual se basa en el análisis de los procesos de reproducción social en las distintas dimensiones del proceso salud – enfermedad, entendido como los dominios de lo general, particular y singular. Jaime Breilh la define como el movimiento de la contradicción entre los procesos protectores y destructivos (procesos críticos) que operan en los modos de vida grupales característicos, y que, a la vez, ponen límites posibles a los estilos de vida individuales de las personas que lo integran (Breilh, 2003, 2010a).

La matriz de procesos críticos permite recolectar información acerca de las necesidades más importantes de las colectividades, en donde se incluyen aspectos sociales, políticos, económicos y culturales de cada espacio social y que estos a su vez pueden ser beneficiosos o destructivos para la salud de las comunidades. (Gómez, et al., 2007)

Además, en la matriz también se pueden determinar dentro del proceso de salud enfermedad, las expresiones de salud genotípicas, fenotípicas y ambientales (ecológicas) de los grupos humanos clave, quienes son definidos según su inserción social (clase), género, raza y etnia (Breilh, 1999).

**Dominio General:** Hace referencia al contexto social global que involucra el conjunto de procesos colectivos relacionados con la toma de decisiones y la estructuración en el macro nivel en cuanto a lo político, económico, cultural, social y ambiental (Ledesma, et. al., 2019).

**Dominio Particular:** Entendido como las cuestiones de grupo de pertenencia en donde influyen las condiciones de vida sobre la salud – enfermedad de un individuo y que también alude a los modos de vida dentro de esos grupos de pertenencia (Ledesma, et. al., 2019).

**Dominio Singular:** Aborda los estilos de vida de un individuo a partir de las condiciones de posibilidad que le deja su modo de vida; así como sus características fenotípicas, genotípicas y comportamentales (Ledesma, et. al., 2019).

**Subsunción:** Incluir algo como componente en una síntesis o clasificación más abarcadora. (Real Academia Española - RAE, s.f.a)

**Generación:** Producir cierto efecto o dar lugar a cierta consecuencia (RAE, s.f.b).

**Para aclarar el termino subsunción:** La determinación social va y viene pragmáticamente entre las dimensiones general, particular y singular, lo que quiere decir que se reproduce de lo general a lo particular y se genera de lo particular a lo general. En este proceso se dan formas de subsunción, en donde los procesos de la dimensión más simple se ejecutan bajo subsunción con respecto a los procesos de la dimensión más compleja y es allí donde surge que la relación social-biológica es un movimiento unificado entre las partes que sería la naturaleza (Breilh, 2013a).

## **C. Anexo: Derecho de Petición Secretaría Departamental de Salud del Chocó**

Bogotá D.C., 23 de septiembre de 2019

Secretario

**CARLOS TIRSO MURILLO HURTADO**

Secretaría Departamental de Salud del Chocó

Quibdó, Colombia

Respetado Secretario, reciba un cordial saludo.

De manera atenta me dirijo a usted con el fin de presentar el siguiente derecho de petición.

Yo, Natalia Moreno Arévalo, identificada con cédula de ciudadanía número 1.012.385.286 expedida en Bogotá, D.C., y domiciliada en la Calle 83 sur No. 91 – 48 Torre 24 Apartamento 401, barrio Bosa Parques de Bogotá – Conjunto Cerezo, de la ciudad de Bogotá, D.C., en ejercicio del derecho de petición que consagra el artículo 23 de la Constitución Nacional y las disposiciones pertinentes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, respetuosamente solicito la disponibilidad de la siguiente información a través de medios digitales o físicos:

1. Datos anonimizados sobre morbilidad y discapacidad, discriminados por grupo de edad y sexo, de las personas sobrevivientes de la masacre de Bojayá del 2 de mayo de 2002, de acuerdo con valoraciones clínicas realizadas inmediatamente después del evento violento, por parte de las autoridades sanitarias que estuvieron encargadas de atender la situación de emergencia.

2. Datos anonimizados sobre morbilidad y discapacidad, discriminados por grupo de edad y sexo, de las personas sobrevivientes de la masacre de Bojayá del 2 de mayo de 2002, de acuerdo con valoraciones clínicas realizadas por diferentes instancias sanitarias de su departamento entre mayo de 2002 y la fecha.
3. Datos anonimizados sobre morbilidad y discapacidad, discriminados por grupo de edad y sexo, de las personas sobrevivientes de la masacre de Bojayá del 2 de mayo de 2002, de acuerdo con valoraciones clínicas realizadas de parte del programa PAPSIVI en los últimos años.
4. Datos anonimizados sobre mortalidad de las personas víctimas que sobrevivieron a la masacre de Bojayá del 2 de mayo de 2002, y que han ido muriendo entre esa fecha y la actual, por las siguientes causas, discriminadas por grupo de edad y sexo: mortalidad general; mortalidad por cáncer discriminada según tipo de cáncer; mortalidad por suicidio; mortalidad por otras lesiones de causa externa además del suicidio.

La petición anterior está fundamentada a propósito del interés particular, en función de la realización de un proyecto investigativo de tesis de maestría, orientado académicamente a la elaboración del perfil epidemiológico de las víctimas de la masacre de Bojayá, Chocó, dentro del cual resulta necesaria la consulta de los documentos mencionados.

Para los efectos pertinentes, anexo los siguientes soportes y documentos: copia de una carta de presentación expedida por la Coordinación de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá y copia del carné que me acredita como estudiante de la Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá.

Por favor confirmar recepción de esta petición y remitir su respuesta al correo electrónico que aparece al pie de mi firma o a la dirección del domicilio mencionada anteriormente.

Agradezco su atención.

Atentamente,

**NATALIA MORENO ARÉVALO**

Bacterióloga y Laboratorista Clínico

Estudiante-investigador Maestría en Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia

## **D. Anexo: Derecho de Petición Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses**

Bogotá D.C., 19 de septiembre de 2019

Directora

**CLAUDIA ADRIANA DEL PILAR GARCÍA FINO**

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Bogotá, Colombia

Respetada Doctora, reciba un cordial saludo.

De manera atenta me dirijo a usted con el fin de presentar el siguiente derecho de petición. Yo, Natalia Moreno Arévalo, identificada con cédula de ciudadanía número 1.012.385.286 expedida en Bogotá, D.C., y domiciliada en la Calle 83 sur No. 91 – 48 Torre 24 Apartamento 401, barrio Bosa Parques de Bogotá – Conjunto Cerezo, de la ciudad de Bogotá, D.C., en ejercicio del derecho de petición que consagra el artículo 23 de la Constitución Nacional y las disposiciones pertinentes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, respetuosamente solicito la disponibilidad de la siguiente información a través de medios digitales o físicos:

1. Informe consolidado anonimizado sobre las secuelas médico-legales que se hayan establecido en las personas sobrevivientes de la masacre de Bojayá en el año 2002.

2. Informe consolidado anonimizado de los certificados de defunción de las personas que fallecieron en la masacre de Bojayá del 02 de mayo de 2002, incluyendo la causa de muerte.

3. Datos anonimizados sobre las personas víctimas de la masacre de Bojayá que a la fecha (2019) aún se encuentran como desaparecidas.

La petición anterior está fundamentada a propósito del interés particular, en función de la realización de un proyecto investigativo de tesis de maestría, orientado académicamente a la elaboración del perfil epidemiológico de las víctimas de la masacre de Bojayá, Chocó, dentro del cual resulta necesaria la consulta de los documentos mencionados.

Para los efectos pertinentes, anexo los siguientes soportes y documentos: copia de una carta de presentación expedida por la Coordinación de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá y copia del carné que me acredita como estudiante de la Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá.

Por favor confirmar recepción de esta petición y remitir su respuesta al correo electrónico que aparece al pie de mi firma o a la dirección del domicilio mencionada anteriormente.

Agradezco su atención.

Atentamente,

**NATALIA MORENO ARÉVALO**


Bacterióloga y Laboratorista Clínico

Estudiante-investigador Maestría en Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia



# E. Anexo: Respuesta Derecho de Petición Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

	ANEXO: A	Código del Formato: DG-A-P-62-V01-F01
FORMATO CONTESTACIÓN DERECHO DE PETICIÓN		Página 1 de 2

Oficio No. 01140- SIC-2019  
Bogotá, 01 de octubre de 2019

Doctora  
**NATALIA MORENO ÁREVALO**  
Bacterióloga y Laboratorista Clínico  
Estudiante-Investigador Maestría en Salud Pública  
Universidad Nacional de Colombia  
Ciudad

**Referencia:** Solicitud de fecha 19/09/2019  
**Asunto:** Derecho de Petición.

Respetuoso saludo.

Acorde a lo solicitado, así como a lo contemplado en el artículo 23 de la Constitución Política de 1991 y lo dispuesto en la Ley 1755 de 2015, comedidamente me permito dar respuesta a su petición en los siguientes términos:

## LO SOLICITADO


Yo, Natalia Moreno Arévalo, identificada con cédula de ciudadanía número **1,012.385.286** expedida en Bogotá D.C., y domiciliada en la Calle 83 sur No. 91 - 48 Torre 24 Apartamento 401, barrio Bosa Parques de Bogotá - Conjunto Cerezo, de la ciudad de Bogotá, D.C., en ejercicio del derecho de petición que consagra el artículo 23 de la Constitución Nacional y las disposiciones pertinentes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, respetuosamente solicito la disponibilidad de la siguiente información a través de medios digitales o físicos.

- 1 Informe consolidado anonimizado sobre las secuelas médico-legales que se hayan establecido en las personas sobrevivientes de la masacre de Bojayá en el año 2002
- 2 Informe consolidado anonimizado de los certificados de defunción de las personas que fallecieron en la masacre de Bojayá del 02 de mayo de 2002, incluyendo la causa de muerte.
3. Datos anonimizados sobre las personas víctimas de la masacre de Bojayá que a la fecha (2019) aún se encuentran como desaparecidas.

La petición anterior está fundamentada a propósito del interés particular, en función de la realización de un proyecto investigativo de tesis de maestría, orientado académicamente a la elaboración del perfil epidemiológico de las víctimas de la masacre de Bojayá, Chocó, dentro del cual resulta necesaria la consulta de los documentos mencionados.

Para los efectos pertinentes, anexo los siguientes soportes y documentos: copia de una carta de presentación expedida por la Coordinación de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá y copia del carné que me acredita como estudiante de la Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá.

## RESPUESTA DE LA ENTIDAD

	ANEXO: A	Código del Formato: DG-A-P-92-V01-F01
	<b>FORMATO CONTESTACIÓN DERECHO DE PETICIÓN</b>	

En primer lugar, vale la pena resaltar que la información obtenida mediante la realización de los procedimientos médico legales por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses hace parte de la información considerada como pública reservada, según establece el artículo 19 de la Ley 1712 de 2014, teniendo en cuenta que esta hace parte de la investigación por la comisión de conductas punibles, razón por la cual, es susceptible de una protección especial.

El artículo 19 de la referida Ley, establece:

**"ARTÍCULO 19. INFORMACIÓN EXCEPTUADA POR DAÑO A LOS INTERESES PÚBLICOS.** Es toda aquella información pública reservada, cuyo acceso podrá ser rechazado o denegado de manera motivada y por escrito en las siguientes circunstancias, siempre que dicho acceso estuviere expresamente prohibido por una norma legal o constitucional:

- a) La defensa y seguridad nacional;
- b) La seguridad pública;
- c) Las relaciones internacionales;
- d) La prevención, investigación y persecución de los delitos y las faltas disciplinarias, mientras que no se haga efectiva la medida de aseguramiento o se formule pliego de cargos, según el caso
- e) El debido proceso y la igualdad de las partes en los procesos judiciales;
- f) La administración efectiva de la justicia;
- g) Los derechos de la infancia y la adolescencia;
- h) La estabilidad macroeconómica y financiera del país;
- i) La salud pública.


**PARÁGRAFO.** Se exceptúan también los documentos que contengan las opiniones o puntos de vista que formen parte del proceso deliberativo de los servidores públicos".

Por lo anterior, no es posible desde el Instituto entregar información que se encuentre vinculada a procesos judiciales abiertos.

Atentamente,

  
**JAMES TROY VALENCIA VARGAS**  
 Subdirector de Investigación Científica

  
**CARLOS ANTONIO MURILLO**  
 Subdirección de Servicios Forenses

Proyecto y Elaboró: Adriana Bautista Quintero- Profesional Especializado Forense  
 Revisó y Aprobó: Claudia Lizzete Piedra Rubiano-Coordinadora Escuela de Medicina Legal 

# Bibliografía

- Alcaldía Municipal de Bojayá. (2012). Plan de Desarrollo del Municipio de Bojayá 2012 – 2015 “Para que el Campo Vuelva a Producir”. <http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/bojayachocpd2012-2015.pdf>
- Alcaldía Municipal de Bojayá. (2016). Plan de Desarrollo del Municipio de Bojayá 2016 – 2019 “Desarrollo con Sentido Social Camino a la Paz”. [https://bojayachoco.micolombiadigital.gov.co/sites/bojayachoco/content/files/000022/1054\\_plan-de-desarrollo-municipio-de-bojaya-20162019.pdf](https://bojayachoco.micolombiadigital.gov.co/sites/bojayachoco/content/files/000022/1054_plan-de-desarrollo-municipio-de-bojaya-20162019.pdf)
- Asociación de Municipios de la Cuenca del Atrato y Darién - ASOATRATO. (2017). BOJAYÁ – CHOCÓ “DESARROLLO CON SENTIDO SOCIAL CAMINO A LA PAZ”. ASOATRATO website: <http://asoatrato.gov.co/bojaya/>
- Banchón, M. (2019). Colombia: “¿Cómo entender que, en plena implementación de los acuerdos de paz, estemos en mayor peligro?”. Deutsche Welle. DW website: <https://p.dw.com/p/3SI41>
- Barboza, L. M. (1999). La dinámica socio-histórica en el área metropolitana y su impacto en las condiciones de vida de la familia y el perfil salud-enfermedad bucal del escolar. Caracas 1997. Acta Odontológica Venezolana. 37 (3), 1-17. [https://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/3/dinamica\\_socio-historica\\_area\\_metropolitana.asp](https://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/3/dinamica_socio-historica_area_metropolitana.asp)
- Barrera, M. B. (2015). Calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Azogues 2015. (Trabajo de grado de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Bello, M. N. (2005). Bojayá: la culpa de las víctimas y de los victimarios. Desde el Jardín de Freud, (5), 242-255. <http://bdigital.unal.edu.co/14521/1/3-8415-PB.pdf>
- BBC Mundo. (2016). Bojayá, la población donde las FARC cometieron una de sus peores masacres y que votó abrumadoramente por el Sí. BBC website: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-37541772>

- Bello, M. N., Martín, E., Millán, C., Pulido, B., y Rojas, R. (2005). Bojayá, memoria y río: violencia política, daño y reparación. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. <http://bivipas.info/handle/10720/364>
- Benoit C., Shumka L., Vallance K, Hallgrímsdóttir H, Phillips R, Kobayashi K, Hankivsky O, Reid C y Brief E. (2009). Explaining the Health Gap Experienced by Girls and Women in Canada: A Social Determinants of Health Perspective. *Sociological Research Online*. 14(5), 1-13. <https://doi.org/10.5153/sro.2024>
- Bermeo, S. P. y Brito, B. E. (2017). Perfil epidemiológico de los vendedores ambulantes de la Asociación 22 de Marzo. Cuenca 2016 (Trabajo de grado de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Breilh, J. (1979). *Epidemiología: Economía, Medicina y Política*. Quito: Editorial Universitaria.
- Breilh, J. y Granda, E. (1980). *Investigación de la Salud en la Sociedad. Guía Pedagógica sobre un nuevo enfoque del método*. Quito: Ediciones C.E.A.S.
- Breilh, J., Granda, E., Campaña A. y Betancourt O. (1983). *Ciudad y Muerte Infantil*. Quito: Ediciones C.E.A.S.
- Breilh, J., Campaña, A. y Granda E., (1991). Regionalización de la calidad de vida y salud materno-infantil Aproximación a la geografía de las condiciones de salud-enfermedad en el Ecuador. En J.B. León, A. Moya y E. Soria (eds.), *Geografía de la salud en el Ecuador* (pp. 91-110). Quito: Instituto Panamericano de Geografía e Historia, Sección Ecuador, IPGH.
- Breilh, J. (1999, noviembre) "Nuevos paradigmas en la salud pública". Ponencia presentada en la Reunión Internacional "Un Enfoque de Ecosistemas para la Salud Humana: Enfermedades Transmisibles y Emergentes", Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo; Programa de las Naciones Unidas para el Ambiente; Organización Panamericana de la Salud; Escuela Nacional de Salud Pública, FIOCRUZ. Río de Janeiro, Brasil. <https://pdfs.semanticscholar.org/1b1d/b9eefeaf1cab12e20d8f3c9c85f4426d430c.pdf>
- Breilh, J. (2003). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 937-951. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000400016&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000400016&script=sci_abstract&tlng=es)
- Breilh, J. (2010a). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Revista Salud Colectiva*, 6(1), 83-101. <http://www.redalyc.org/pdf/731/73115246007.pdf>

- Breilh, J. (2010b). Epidemiología. Economía, Política y Salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud (7ª ed.). Quito: Corporación Editorial Nacional.
- Breilh, J. (2013a). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl 1), 13-27.
- Breilh, J. (2013b). La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). *Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica*. Ponencia presentada en el VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI, Bogotá, Colombia.
- Calderón, M.C. y Urrego, Z.C (2018). Valoración en salud desde el área de psicología a víctimas del conflicto armado en Bellavista – Bojayá y Quibdó – Chocó en el marco del proyecto “Laboratorio Salud Rural Comunidad Bojayá, Chocó”. Datos no publicados.
- Camargo, D. y Mena, B. (2010) Los usuarios con osteoartrosis de rodilla, UNISALUD, Colombia: una mirada desde la epidemiología crítica. *Revista Medicina Social*, 5(3), 203-214.  
<https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/476>
- Campo-Arias, A., Sanabria, A.R., Ospino, A., Guerra, V.M. y Caamaño, B.H. (2017). Polivictimización por el conflicto armado y sufrimiento emocional en el Departamento del Magdalena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(3), 147-153. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=806/80652006004>
- Castillo, F.A. (2018). Relación entre dislipidemias, inserción social, laboral de los militares en servicio activo del Fuerte Militar San Jorge, mayo - agosto 2017 (Tesis Inédita de Maestría). Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, Ecuador.
- Castro, X. (2019). Invenciones frente a lo real del trauma o las voces de las víctimas de la masacre de Bojayá, Chocó. *Revista Affectio Societatis*, 16(30), 11 – 38.  
<https://doi.org/10.17533/udea.affs.v16n30a01>
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2010). Bojayá: La guerra sin límites. Centro de Memoria Histórica website:  
[http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2010/informe\\_bojaya.pdf](http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2010/informe_bojaya.pdf)
- Concha, S. (2015). Determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de Bogotá (Tesis Inédita de Doctorado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

- Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO. (2014). Calidad y hábitos de vida. UNIMINUTO website: <http://www.uniminuto.edu/web/bienestaruvd/-/calidad-y-habitos-de-vida?inheritRedirect=true>
- Corte Constitucional. (2004). Sentencia T-728/04. Recuperado 16 septiembre 2019, de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-728-04.htm>
- Couto, M., Oliveira, E., Alves, A. y Carmo, O. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. Salud colectiva, 15(e1994), 1-14. <https://scielosp.org/article/scol/2019.v15/e1994/es/>
- Curiel, O. (2002). La lucha política desde las mujeres ante las nuevas formas de racismo. aproximación al análisis de estrategias. Mulheres Negras website: [http://www.mulheresnegras.org/doc/ochy\\_curiel.pdf](http://www.mulheresnegras.org/doc/ochy_curiel.pdf)
- Das, V. y Poole, D. (2008). El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. Cuadernos de Antropología Social, (27), 19-52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2962303&info=resumen>
- Decreto – Ley 4635 del 2011 (9 de diciembre), Por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Diario oficial n° 48.278.
- Defensoría del Pueblo (2019). Alerta Temprana – AT n° 017 – 19. Recuperado 6 enero 2021 de: <http://www.indepaz.org.co/wp-content/uploads/2020/02/AT-N%C2%B0-017-19-CHO-Bojay%C3%A1.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2018). Alerta Temprana – AT n° 011 – 18. Recuperado 6 de enero 2021, de: <http://www.indepaz.org.co/wp-content/uploads/2020/02/AT-N%C2%B0-011-18-ANT-Vig%C3%ADa-del-Fuerte-y-CHO-Bojay%C3%A1-Medio-Atrato.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2018). Defensoría lanzó alerta temprana para la cuenca del río Atrato, especialmente en los municipios de Vigía del Fuerte y Bojayá (27 de Enero de 2018). Defensoría website: <https://www.defensoria.gov.co/es/nube/destacados/7016/Defensor%C3%ADa-lanz%C3%B3-alerta-temprana-para-la-cuenca-del-r%C3%ADo-Atrato-especialmente-en-los-municipios-de-Vig%C3%ADa-del-Fuerte-y-Bojay%C3%A1-Bojay%C3%A1-Choc%C2%B4-Defensor-del-Pueblo-misi%C3%B3n-humanitaria-alerta-temprana.htm>
- Defensoría del Pueblo. (s.f.). Informe defensorial sobre la situación de derechos humanos y desplazamiento forzado en el municipio de Bojayá, Atrato Medio. Defensoría website: <https://www.defensoria.gov.co/es/public/Informesdefensoriales/770/Informe->

[defensorial-sobre-la-situaci%C3%B3n-de-derechos-humanos-y-desplazamiento-forzado-en-el-municipio-de-Bojay%C3%A1-Atrato-Medio-desplazamiento-forzado-de-Bojay%C3%A1-Infornes-defensoria](#)

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2005). Censo general 2005. DANE website: <https://www.dane.gov.co/files/censos/libroCenso2005nacional.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2010). Población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, Departamento del Chocó. DANE website: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2017). COLOMBIA - Estadísticas Vitales - EEVV - 1998 -2007.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2018) Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2020). COLOMBIA - Estadísticas Vitales - EEVV - 2017 -2018.

EL PAÍS. (2002). Un ataque de la guerrilla colombiana provoca 60 muertos y 145 desaparecidos. EL PAIS website: [https://elpais.com/diario/2002/05/04/internacional/1020463213\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2002/05/04/internacional/1020463213_850215.html)

EL PAÍS. (2017). Bojayá quiere renacer. EL PAIS website: [https://elpais.com/elpais/2017/06/15/planeta\\_futuro/1497563459\\_059404.html](https://elpais.com/elpais/2017/06/15/planeta_futuro/1497563459_059404.html)

EL TIEMPO. (2016). 'Pedimos que nos perdonen': Farc a víctimas de Bojayá. EL TIEMPO website: <https://www.eltiempo.com/politica/proceso-de-paz/farc-le-pide-perdon-a-victimas-de-bojaya-57359>

Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo - FONADE. (s.f.). Bojayá. FONADE website: <http://www.fonade.gov.co/geotec/FondoMundial/MunicipioA.ashx?Depto=27&Mcipio=99>

Franco, S. (1993). Conferencia presentada en el seminario marco conceptual para “la formación de profesionales de la salud” Proceso vital humano proceso salud/enfermedad: una nueva perspectiva. Universidad Nacional de Colombia. [https://parquedelavida.co/images/contenidos/el\\_parque/banco\\_de\\_conocimiento/pocesovitalhumano.pdf](https://parquedelavida.co/images/contenidos/el_parque/banco_de_conocimiento/pocesovitalhumano.pdf)

- Gil, F., (2008) Racismo, homofobia y sexismo. Reflexiones teóricas y políticas sobre interseccionalidad. En P. Wade, F. Urrea y M. Viveros. (eds.). Raza, Etnicidad, Sexualidades. (pp. 485 - 512). Bogotá: Colección Lecturas CES.
- Gobierno Nacional y FARC – EP (2016). Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera. [https://www.jep.gov.co/Marco%20Normativo/Normativa\\_v2/01%20ACUERDOS/N01.pdf](https://www.jep.gov.co/Marco%20Normativo/Normativa_v2/01%20ACUERDOS/N01.pdf)
- Gómez, G. E., López, M. V., Ochoa, S. C. y Wilches, O.C. (2007). Matriz de procesos críticos: Propuesta para estudiar condiciones de vida y salud. Investigación y Educación en Enfermería, 25(1), 21-28. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072007000100002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100002)
- Guarnizo-Herreño, C.C. y Agudelo, C. (2008). Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Revista de Salud Pública, 10(Suppl.1), 44-57. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642008000600005&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000600005&lng=en&tlng=es)
- Grupo de Investigación en Violencia y Salud. (2019). Ayuda de memoria reunión para devolución de información de evaluaciones individuales y colectivas realizadas por el Proyecto de Extensión Solidaria “Laboratorio de Salud Rural, Comunidad de Bojayá, Chocó”, realizada el 5 de abril de 2019. Inédito. Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Medicina, Bogotá.
- Henríquez Chacín, B. (2020). Sembrar el futuro, recordar el pasado: plantas y reconfiguración del territorio en Bellavista, Bojayá. Revista Colombiana De Antropología, 56(2), 139-168. <https://doi.org/10.22380/2539472X.790>
- Hernández, L.J. (2009). Que critica la epidemiología crítica: una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho. Boletín del Observatorio en Salud. 2(4), 18-28. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/24715/10453-19813-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández, M.E. (2018). Informe Salida de Campo 7-15 de diciembre 2018 Área Salud Pública: “Respuesta Institucional y Social a Problemas, Salud y Buen Vivir de las Víctimas del Conflicto Armado en Bojayá”, en el marco del proyecto “Laboratorio Salud Rural Bojayá-Choco”. Datos no publicados
- Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Revista Ene, 10(2). [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006)



- Hilarión-Gaitán, L., Díaz-Jiménez, D., Cotes-Cantillo, K. y Castañeda-Orjuela, C. (2019). Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (SIVIGILA) en Colombia, 2015. *Biomédica*, 39(4), 737-747. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4453>
- Hurtado, V.A (2014). La danza del recuerdo (Trabajo de grado de pregrado). Universidad de San Buenaventura, Santiago de Cali, Bogotá.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2002). *Forensis, Datos para la Vida: Caracterización del Homicidio en Colombia*.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2018). *Forensis, Datos para la Vida*.
- Ledesma, V., Sturtz, G., Ferrero, P., Gutiérrez, P., Basualdo, V., Cuevas, A., Ducoin, F., Marrone, A. y Ciuffolini, M. (2019) Matriz de Procesos Críticos y Prácticas Colectivas en salud. *Revista ETX*, número 9, 1-12. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ext/article/view/23933/23452>
- Ley 1448 del 2011 (10 de junio), por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Diario oficial n°. 48096.
- Ley 1616 de 2013 (21 de enero), por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Diario oficial 48.680.
- Londoño Arredondo, N. H., Patiño Gaviria, C. D., Restrepo Ochoa, D. A., Correa Uribe, J. E., Raigoza Cardona, J., Toro Mondragón, L., Jaramillo, G., & Rojas C. (2008). Perfil Cognitivo Asociado al Trastorno por Estrés Postraumático en Víctimas de Violencia Armada. *Informes Psicológicos*, No. 10, 11-27. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ipsi/n10/n10a02.pdf>
- Londoño, N., Muñiz, O., Correa, J., Patiño, C., Jaramillo, G., Raigoza, J., Toro, L., Restrepo, D., & Rojas, C. (2005). Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV (4), 493-505. <http://www.redalyc.org/pdf/806/80634403.pdf>
- López, C., Larrea, M. de L., Breilh, J. y Tillería Y. (2020). La determinación social del autismo en población infantil ecuatoriana. *Revista Ciencias De La Salud*, 18, 1-27. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8993>
- Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48-51. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007)

- Lozano, E. (2017). Determinación social de la salud de la infancia indígena Emberá-Chamí de Riosucio, departamento de Caldas, Colombia (Tesis Inédita de Doctorado). Universidad de Manizales, Manizales, Colombia.
- Maldonado, L. (2016). Aproximación a la determinación social del labio y paladar hendido no sindrómico, en los pacientes que asisten a la fundación niños que ríen (Moca-República Dominicana) (Tesis Inédita de Maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Mejía-Mejía, A., Sánchez-Gandur, A.F. y Tamayo-Ramírez, J.C. (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9(1), 26-38. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642007000100005&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000100005&lng=en&tlng=es)
- Millán, D.C. (2009). “Ya no llega el Limbo porque la gente bailando esta”, Prácticas de memoria en Bojayá – Chocó (Tesis Inédita de Maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Millán, D. C. (2011). Prácticas de memoria afrodescendiente en la reocupación del tiempo y el espacio afectado por el sufrimiento. *Trabajo Social*, (13), 27-42. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/28361>
- Mingorance, F., Minelli, F., y Le Du, H. (2004). El cultivo de la palma africana en el Chocó: legalidad ambiental, territorial y derechos humanos. Quibdó: SUIPPCOL. Pacifico Colombia website: <https://pacificocolombia.org/wp-content/uploads/2016/05/0236333001285714975.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social – MINSALUD. (2015). Sala situacional de la Población Víctima del conflicto Armado, Departamento de Chocó. MINSALUD website: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/RP/ssituacional-victimas-abr15-choco.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social – MINSALUD. (2017). INFORME PRELIMINAR. BRIGADA DE SALUD, BELLAVISTA Y QUIBDÓ (CHOCÓ) del 27 de febrero al 3 de marzo de 2017.
- Ministerio de Salud y Protección Social – MINSALUD. (2020a). Resumen Ejecutivo Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI FASE I. MINSALUD website: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/resumen-ejecutivo-fasel-eval-papsivi.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social – MINSALUD. (2020b). Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI Informe Final. MINSALUD website:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/informe-final-evaluacion-resultados-papsivi-ps.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social – MINSALUD. (s.f.). Discapacidad. MINSALUD website:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx>

Montero-Moreta, G. E. (2018). Determinación social de la mortalidad por accidentes de tránsito en el distrito metropolitano de Quito, año 2013. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 36(3), 31-42. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n3a04>

Moreno, D.M. (2018). Valoración en salud desde el área de fonoaudiología a víctimas del conflicto armado en Bellavista – Bojayá y Quibdó – Chocó en el marco del proyecto “Laboratorio Salud Rural Comunidad Bojayá, Chocó”. Datos no publicados.

Moreno N. (2018). Entrevistas individuales desde el componente de salud pública a víctimas del conflicto armado en Bellavista – Bojayá y Quibdó – Chocó en el marco del proyecto “Laboratorio Salud Rural Comunidad Bojayá, Chocó”. Datos no publicados.

Noche y Niebla. (2004). Caso Tipo No. 1B. Bojayá: la tragedia continúa. Noche y niebla website:

<https://www.nocheyniebla.org/wp-content/uploads/u1/casotipo/Bojaya2.pdf>

Noche y Niebla. (s.f.). Bojayá bajo el prisma de los Medios de Comunicación. Noche y niebla website:

<https://bojayaunadecada.files.wordpress.com/2012/03/bojayaotrahistoria.pdf>

Observatorio Nacional de Salud – ONS. (2018). Efectos del conflicto armado en la salud mental de las víctimas. (Noveno Informe Técnico ONS / No. 2 – 2017). [https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/publicaciones%20alternas/boletin11\\_saludMental/recomendaciones.html](https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/publicaciones%20alternas/boletin11_saludMental/recomendaciones.html)

Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas – OCHA. (2018a). Colombia – Restricciones en la movilidad en Bojayá (Chocó), Flash Update No. 1 (17/05/2018). [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/20180517\\_flash\\_update\\_no\\_1\\_restricciones\\_en\\_bojaya.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/20180517_flash_update_no_1_restricciones_en_bojaya.pdf)

Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas – OCHA. (2018b). Colombia – Confinamiento y riesgo de desplazamiento en Bojayá (Chocó), Flash Update No. 2 (07/06/2018). [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/20180607\\_flash\\_update\\_no\\_2\\_confinamiento\\_y\\_riesgo\\_desplazamiento\\_bojaya\\_vf.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/20180607_flash_update_no_2_confinamiento_y_riesgo_desplazamiento_bojaya_vf.pdf)

- Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas – OCHA. (2019) Briefing Departamental: Chocó, diciembre 2018. Humanitarian response website: <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/colombia/document/colombia-briefing-departamental-choc%C3%B3>
- Organización Internacional para las Migraciones – OIM, Ministerio del Interior y Centro Nacional de Consultoría. (2018). Índice de vulneración de derechos: herramienta para el monitoreo de la discriminación racial hacia la población afrocolombiana, primera edición julio de 2018. ISBN: 978-958-8977-83-6.
- Organización Mundial de la Salud – OMS y Organización Panamericana de la Salud – OPS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. WHO website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2019). Sordera y pérdida de la audición. WHO website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (s.f.a). ¿Cómo define la OMS la salud? WHO website: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud – OMS (s.f.b) 10 Datos Sobre La Obesidad. WHO website: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,igual%20o%20superior%20a%2030>
- Palacios, E. del C. (2018). Determinación social de la contaminación del aire urbano y de su relación con el deterioro de la salud respiratoria en los niños y niñas menores de 5 años (Cuenca, Ecuador) 2012-2014 (Tesis Inédita de Doctorado). Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, Ecuador.
- Paredes, N. (2020). La epidemiología crítica y el despojo de tierras y territorios: una reflexión teórica. Revista Ciencias de la Salud, 18, 1-21. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8994>
- Parra, A.L., Daza J.C., Orjuela, L.A., Hernández, C.C., Moreno, N. y Urrego, Z.C. (2020, noviembre). Intoxicación crónica por metales pesados en supervivientes de artefactos explosivos improvisados con fragmentos incorporados. Revisión sistemática exploratoria. Ponencia presentada en IV Congreso Internacional de Investigación en Ciencias de la Salud, la Educación y la Música – CINVEST 2020, Bogotá, Colombia.

- Peralta, J.A. (2018). Valoración en salud desde el área de medicina general a víctimas del conflicto armado en Bellavista – Bojayá y Quibdó – Chocó en el marco del proyecto “Laboratorio Salud Rural Comunidad Bojayá, Chocó”. Datos no publicados.
- Pinto, N. F. (2015). O processo saúde-doença dos/as trabalhadores/as da sericicultura no Paraná (Tesis Inédita de Maestría). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Brasil.
- Piñeros, G. (2018). Informe de Resultados: Componente Antropología Social, en el marco del proyecto “Laboratorio Salud Rural Bojayá-Choco”. Datos no publicados.
- Ponce, C. E. (2018). Consumo de alcohol en las facultades de Ciencias de la Salud, Ciencias Políticas e Ingeniería de la Universidad Nacional de Chimborazo: un análisis desde la determinación social, año 2017 (Tesis Inédita de Maestría). Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, Ecuador.
- Programa de Justicia Global y Derechos Humanos. (2009). Discriminación racial en Colombia: informe alterno ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial de la ONU. (Documento 1). [https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi\\_name\\_recurso\\_206.pdf](https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_206.pdf)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD. (2015). Perfil productivo municipio Bojayá – Chocó. Issuu website: [https://issuu.com/pnudcol/docs/perfil\\_productivo\\_bojay](https://issuu.com/pnudcol/docs/perfil_productivo_bojay)
- Quiceno Toro, N. (2013). Religiosidad y política: Bojayá una década después. Viñetas etnográficas de una conmemoración. Revista Estudios del Pacífico Colombiano. Quibdó, Chocó No. 1: 83-96. <https://www.uniclairetiana.edu.co/publicaciones/docs/Revista-Estudios-Pacifico-1.pdf>
- Quiceno, N. y Orjuela, C. (2017). Bojayá: memoria y horizontes de paz. Revista Colombiana de Sociología, 40(Supl.1), 103-127. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcs/v40s1/0120-159X-rcs-40-s1-00103.pdf>
- Ramírez, O., Puerto, J. S., Rojas, M. R., Villamizar, J. C., Vargas, L. A., y Urrego-Mendoza, Z. C. (2018). El suicidio de indígenas desde la determinación social en salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 36 (1), 55-65. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n1a07>
- Ramírez, B. (2020). ¿Hay Racismo de Estado en Colombia? Las 2 Orillas. Las2orillas website: <https://www.las2orillas.co/hay-racismo-de-estado-en-colombia/>
- Real Academia Española – RAE (s.f.a). Subsumir. Recuperado el 22 diciembre 2020, de: <https://dle.rae.es/subsumir>

- Real Academia Española – RAE (s.f.b). Generar. Recuperado el 22 diciembre 2020, de: <https://dle.rae.es/generar>
- Reales, L. (2014). Discriminación racial, conflicto armado y defensa de los derechos étnicos. El caso afrocolombiano. *Nova et Véteria*, 23(67), 38-55. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6481651>
- Resolución 113 de 2020 (31 de enero), por la cual se dictan disposiciones en la relación con la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. Diario oficial 51213.
- Revista Semana. (2002). ¿Cómo fue la tragedia de Bojayá?. Recuperado el 16 septiembre 2019, de: <https://www.semana.com/nacion/articulo/como-fue-la-tragedia-de-bojaya/50635-3>
- Reyes, M. (s.f.). El árbol de la vida de Bojayá: su comité de víctimas. *Revista Conmemora*. [http://www.centrodehistoriahistorica.gov.co/micrositios/revista-conmemora\\_lideres-sociales/el-arbol-de-la-vida-de-bojaya.html](http://www.centrodehistoriahistorica.gov.co/micrositios/revista-conmemora_lideres-sociales/el-arbol-de-la-vida-de-bojaya.html)
- Riaño, P., y Chaparro, R. (2020). Cantando el sufrimiento del río. Memoria, poética y acción política de las cantadoras del Medio Atrato chocoano. *Revista Colombiana De Antropología*, 56(2), 79-110. <https://doi.org/10.22380/2539472X.793>
- Rodríguez, P.M. (2008, enero). Metodología y aplicaciones de la entrevista colectiva en la investigación de la comunicación. Santiago de Compostela, España. Recuperado el 22 diciembre 2020, de: <https://ae-ic.org/santiago2008/Congreso08/Actas/contents/pdf/comunicaciones/207.pdf>
- Rojas, M.A. (2018). Valoración en salud desde el área de fisioterapia a víctimas del conflicto armado en Bellavista – Bojayá y Quibdó – Chocó en el marco del proyecto “Laboratorio Salud Rural Comunidad Bojayá, Chocó”. Datos no publicados.
- Ruíz, J. R. (2017). La elaboración de la memoria de la masacre de Bojayá mediante el teatro como reconstrucción viva de los hechos una descripción de la obra de teatro “Kilele”. (Trabajo de grado inédito de pregrado). Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- Secretaría de Salud Departamento del Chocó. (2018a). Boletín Epidemiológico Primer Trimestre 2018. Recuperado el 8 enero 2021 de: [https://choco.micolombiadigital.gov.co/sites/choco/content/files/000235/11724\\_boletin-epidemiologico-1-trimestre--2018.pdf](https://choco.micolombiadigital.gov.co/sites/choco/content/files/000235/11724_boletin-epidemiologico-1-trimestre--2018.pdf)
- Secretaría de Salud Departamento del Chocó. (2018b). Boletín Epidemiológico Tercer Trimestre 2018. Recuperado el 8 enero 2021 de: [https://choco.micolombiadigital.gov.co/sites/choco/content/files/000235/11719\\_3-boletin-epidemiologico-trimestre--2018.pdf](https://choco.micolombiadigital.gov.co/sites/choco/content/files/000235/11719_3-boletin-epidemiologico-trimestre--2018.pdf)

- Secretaría de Salud Departamento del Chocó. (2018c). Boletín Epidemiológico Cuarto Trimestre 2018. Recuperado el 8 enero 2021, de: [https://choco.micolombiadigital.gov.co/sites/choco/content/files/000235/11723\\_4-boletin-epidemiologico-trimestre--2018.pdf](https://choco.micolombiadigital.gov.co/sites/choco/content/files/000235/11723_4-boletin-epidemiologico-trimestre--2018.pdf)
- Serrano J. (2012). Entrevista: La última vez que vi a Bojayá. Cerasetenta website: <https://cerosetenta.uniandes.edu.co/la-ultima-vez-que-vi-a-bojaya/>
- Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA. (2002). Informe epidemiológico - Situación de las enfermedades transmisibles objeto de vigilancia intensificada en salud pública. Colombia, 2002. Recuperado el 8 enero 2021, de: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud69/informe.htm>
- Soliz, M. F. (2014a). Metabolismo del desecho en la determinación social de la salud: economía política y geografía crítica de la basura en el Ecuador 2009-2013 (Tesis Inédita de Doctorado). Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, Ecuador.
- Soliz, M. F. (2014b). Exposición, vulnerabilidad y perfil epidemiológico de trabajadores informales en el botadero a cielo abierto del cantón Portoviejo, Ecuador. MASKANA, 5(1), 57-79. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5585/1/MASKANA%205105.pdf>
- Soliz, M. F. (2016). Lo que la mina se llevó: estudio de impactos psicosociales y socioecosistémicos tras la salida de la empresa Kinross en las comunidades ubicadas en la zona de influencia directa del Proyecto Fruta del Norte. Quito: La Tierra. <http://hdl.handle.net/10644/5194>
- SweFor, Diakonía, la Federación Luterana Mundial, Comundo, ACT Iglesia, WOLA y OIDHACO (2019). Informe Misión Chocó. Diakonía website: [https://www.diakonia.se/globalassets/documents/latinamerica/publications/informe-choco\\_nov19\\_v2.pdf](https://www.diakonia.se/globalassets/documents/latinamerica/publications/informe-choco_nov19_v2.pdf)
- Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas (2018). En Bojayá se firmó el primer Plan Integral de Reparación Colectiva para esa comunidad. Unidadvictimas website: <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/reparacion-colectiva/en-bojaya-se-firmo-el-primer-plan-integral-de-reparacion-colectiva-para-esa>
- Urrea, F., Reyes, J. y Botero, W. (2008). Tensiones en la construcción de identidades de hombres negros homosexuales en Cali. En P. Wade, F. Urrea y M. Viveros (eds.), Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina. (pp. 279-316). Bogotá: Lecturas CES.

- Urrego, Z.C., Hernández, M.E., Piñeros, G., Moreno, N., Peralta, J.A. Rojas, M.A, Moreno, D.M. y Calderón, M.C. (2018). Proyecto de Extensión Solidaria “Laboratorio Salud Rural Bojayá-Choco”. Datos no publicados.
- Urrego Z.C., Piñeros G., Moreno N., Hernández M.E., Calderón M.C., Moreno D.M., Rojas M. A. y Peralta J.A. (2021). Situación de salud en una comunidad afrocolombiana sobreviviente a la masacre de Bojayá, Chocó. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 39(1), 1-8. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e340623>
- Velandia, P. J. y Restrepo, E. (2017). Estudios afrocolombianos: balance de un campo heterogéneo. *Tabula Rasa*, (27), 161-197. <https://dx.doi.org/10.25058/20112742.448>
- Vanegas J., Villalón M., & Valenzuela C., (2008). Consideraciones acerca del uso de la variable etnia/raza en investigación epidemiológica para la Salud Pública: A propósito de investigaciones en inequidades. *Revista médica de Chile*, 136(5), 637-644. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000500014>
- Viasús, C. S. y Bernal, L. V. (2013). Perfil socio epidemiológico de jóvenes que trabajan y estudian de las facultades de odontología y sociología, Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. *Acta Odontológica Colombiana*, 3(1), 39-49. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/39078>
- Viveros, M. (2010). La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual. Ponencia presentada en Primer encuentro latinoamericano y del caribe la sexualidad frente a la sociedad, Ciudad de México, México. <http://www.bivipas.unal.edu.co/handle/10720/663>
- Zapata-Ossa, H.J., Porras-Beltrán, A. y Arias-Cardona, E.K. (2019). Factores relacionados con el uso de los servicios de salud en la población mayor de 18 años del área urbana de Cali, Colombia, en el año 2016. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 18(37), 1-23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-37.frss>
- ZENIT. (2002). Colombia: Las responsabilidades de la matanza de Bojayá, según la diócesis. ZENIT website: <https://es.zenit.org/articulos/colombia-las-responsabilidades-de-la-matanza-de-bojaya-segun-la-diocesis/>