

## Retos de los servicios de salud relacionados con la población desplazada por la violencia en México

María Beatriz Duarte-Gómez<sup>I</sup>, Silvia Magali Cuadra-Hernández<sup>I</sup>, Myriam Ruiz-Rodríguez<sup>II</sup>, Armando Arredondo<sup>I</sup>, Jesús David Cortés-Gil<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Instituto Nacional de Salud Pública. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Cuernavaca, Morelos, México

<sup>II</sup> Universidad Industrial de Santander. Escuela de Medicina. Departamento de Salud Pública. Bucaramanga, Santander, Colombia

<sup>III</sup> Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Pelotas, RS, Brasil

### RESUMEN

**OBJETIVO:** Analizar las implicaciones de la atención de la población desplazada por violencia para el sistema de salud y los retos que le implica.

**MÉTODOS:** Revisión narrativa de literatura nacional e internacional en PubMed, SciELO, WHO/OPS, y Bireme. Los criterios de inclusión fueron, la fecha de publicación (a partir de 2000), la relación con el tema, y el idioma (español o inglés). Se encontraron 292 documentos, de los cuales 91 cumplían con los criterios de inclusión.

**RESULTADOS:** Los principales retos se referirán: al enfoque integral (con énfasis en la salud mental y la salud sexual y reproductiva), intersectorial, y participativo; a la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud; a la necesidad de un sistema de información y registro confiable de la población desplazada por violencia y sus características; y al abordaje de las problemáticas biopsicosociales de los diferentes grupos, especialmente mujeres, personas con discapacidad o con enfermedades infecciosas, de adolescentes, niños y niñas, minorías étnicas, población adulta mayor y la población lésbica, gay, transexual, bisexual y intersexual.

**CONCLUSIONES:** La ausencia de voluntad política para la aceptación y visibilización del desplazamiento interno por violencia y de su importancia como problema humanitario y de salud pública, constituye un obstáculo para atender a la población desplazada por violencia de forma adecuada y oportuna en México.

**DESCRIPTORES:** Migrantes. Grupos Minoritarios. Violencia, prevención & control. Exposición a la Violencia. Vulnerabilidad Social. Vulnerabilidad en Salud. Inequidad Social, políticas. Revisión.

#### Correspondencia:

María Beatriz Duarte-Gómez  
Avenida Universidad, 655 Santa  
María Ahuacatlán  
62100 Cuernavaca, Morelos,  
México  
E-mail: mbduarte52@yahoo.com

**Recibido:** 17 jun 2017

**Aprobado:** 17 ago 2017

**Cómo citar:** Duarte-Gómez MB, Cuadra-Hernández SM, Ruiz-Rodríguez M, Arredondo A, Cortés-Gil JD. Retos de los servicios de salud relacionados con la población desplazada por la violencia en México. Rev Saude Publica. 2018;52:77.

**Copyright:** Este es un artículo de el acceso abierto distribuido bajo la términos de la licencia Atribución Creative Commons, lo que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor y la fuente los originales se acreditan.



## INTRODUCCIÓN

Se entiende como población en situación de desplazamiento (PSD) a “las personas o grupos que se han visto obligadas a escapar de su hogar o de su lugar de residencia habitual, como resultado de un conflicto armado o para evitar sus efectos, de una situación de violencia generalizada o de violaciones de los derechos humanos”<sup>1</sup>. Incluye refugiados(as) – personas que cruzaron una frontera internacional – y desplazados internos. Este desplazamiento se convierte en un problema de salud pública<sup>2,3</sup> y un reto sobre la prestación de servicios de salud (SS) tanto en las zonas expulsoras como en las receptoras, muchas de ellas sin recursos para atender un flujo repentino y masivo de personas<sup>4-6</sup>.

Una PSD enfrenta una transición obligada y abrupta que implica cambios individuales y familiares, tanto en sus roles o relaciones, como en sus condiciones materiales de vida. Esto generalmente conlleva escasez de recursos, conflictos familiares, conductas de riesgo para la salud, abuso sexual, problemas de salud física y mental y violación de los derechos humanos<sup>7</sup>. La PSD pertenece principalmente al nivel socioeconómico (NSE) bajo y muy bajo, lo cual no significa que personas de NSE alto no se desplacen o no sufran cuando lo hacen, pero cuentan con mayores capitales culturales y económicos para enfrentarlo<sup>8</sup>. La calidad de vida tiende a empeorar con el desplazamiento, especialmente en la fase de transición – entre la elección de un asentamiento temporal hasta que logran su reubicación definitiva<sup>9</sup>. En esta etapa, cesan las ayudas de emergencia, por lo que es común que su situación económica se deteriore<sup>10,11</sup>. La llegada de nueva población afecta a la localidad de recepción en relación con el mercado laboral y la seguridad y con la demanda de servicios públicos. Eso conlleva en ocasiones rechazo y discriminación y la necesidad de movilización de nuevos recursos a nivel estatal y municipal<sup>3,12,13</sup>.

Las estadísticas oficiales sobre desplazamientos forzosos son escasas e incompletas en México. La PSD interno forzado por violencia ha ido en aumento en el país, especialmente en estados como Chihuahua, Michoacán, Sinaloa, Durango y Guerrero<sup>3,14</sup>. En México en 2010, migraron internamente 19,747,511 personas, según los datos de 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)<sup>15</sup>. Los motivos más frecuentes fueron pobreza, violencia y desastres naturales<sup>16</sup>. De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 2014, seis de cada 100 migrantes que se fueron a vivir a otra entidad federativa lo hicieron motivados por la inseguridad pública o la violencia<sup>17</sup>. Según la última Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2014, 1.6 millones de personas migran internamente por violencia<sup>18</sup>. El estudio de Chávez y Warmner<sup>19</sup>, en 2012, calcula que hay medio millón de migrantes internos en México, encontrando diferencias según escolaridad (menor escolaridad más migración en grupo y al área rural) y edad (migra más la juventud), con escasa diferencia por sexo. Sin embargo, no diferencian por causas de la migración; sólo mencionan a Chihuahua y Sonora como expulsores, con poca inmigración y con problemas de crimen organizado.

México ha tenido alta migración interna por razones económicas, principalmente del sur al norte del país. También es sitio de tránsito de migrantes centro y suramericanos hacia los Estados Unidos<sup>20</sup>. Sin embargo, no ha reconocido aun oficialmente la existencia de la migración interna por violencia como un problema prioritario. Por consiguiente, es poco visible, no se tiene información adecuada y las respuestas ante este fenómeno han sido fragmentarias e insuficientes al igual que las políticas y programas para esta población<sup>21</sup>. El Estado debe garantizar el derecho a la salud, en una concepción holística, que va más allá de la atención médica de la enfermedad. Esta renuencia a reconocer la existencia de PSD obstaculiza su atención<sup>22</sup>.

Dada la problemática planteada, el objetivo del estudio fue analizar las implicaciones de la atención de la PSD por violencia para el sistema de salud y los retos que le implica.

## MÉTODOS

Este primer acercamiento se basa en la identificación y análisis de la literatura nacional e internacional, que aporte información para la formulación de políticas públicas que permitan

preparación, asignación de recursos, diseño e implementación de programas nacionales que den respuestas a las necesidades de esta población vulnerable.

Se realizó una revisión narrativa de literatura sobre la migración forzada asociada a la violencia y la respuesta que los sistemas de salud han dado, en documentos publicados desde 1995 hasta 2016. Se incluyeron estudios con diversas metodologías, de cualquier país. Las búsquedas en PubMed, SciELO, WHO/OPS, y Bireme, se realizaron bajo los siguientes términos en inglés y en español:

- Servicios de salud y/o Sistema de salud y desplazamiento interno por violencia;
- Población desplazada y servicios de salud;
- Desplazamiento forzado y salud México.

Los criterios de inclusión fueron la fecha de publicación, la relación con el tema y el idioma (español o inglés). Cada documento fue clasificado por tipo de documento, ámbito geográfico y categoría con relación al tema (Tabla).

Se encontraron 292 documentos, de los cuales 91 cumplían con los criterios de inclusión. La mayoría (n = 48) era de América Latina, casi todos de Colombia. De los 11 documentos sobre México, dos tenían relación directa con los servicios de salud<sup>23,24</sup> (Figura).

## RESULTADOS

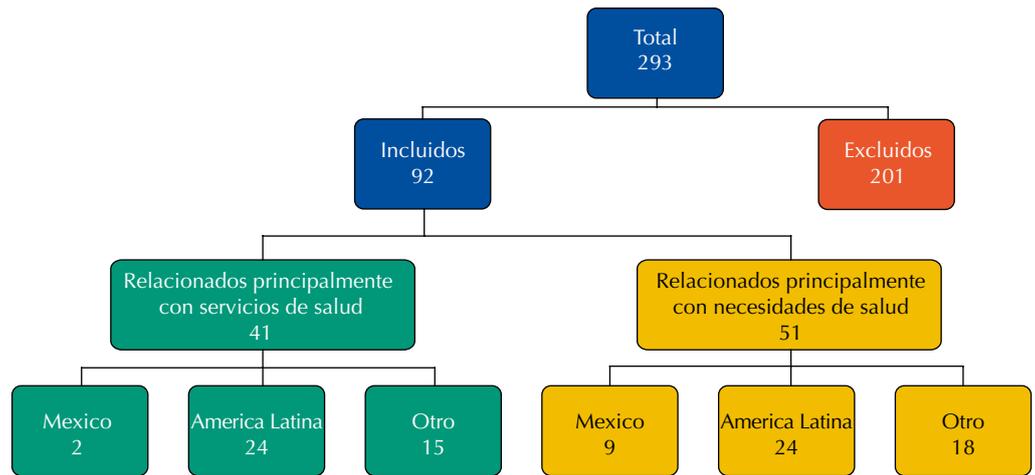
### Desplazamiento Forzado y Servicios de Salud

Poca literatura específica fue encontrada sobre el efecto del desplazamiento forzado en los SS. Los artículos que se referían al tema identificaban su potencial impacto negativo en los recursos humanos, así como el aumento de los requerimientos de medicamentos, insumos e infraestructura en los servicios de salud<sup>2</sup>.

**Tabla.** Clasificación de la información encontrada en la revisión de literatura 1995-2016 sobre PSD y servicios de salud.

Criterio	Tipo	Artículos (n)
Según tipo de fuente	• Artículos científicos	47
	• Informes técnicos de agencias y ONG y monografías	30
	• Agencias internacionales ACNUR, OIM, ONG	
	• Agencias nacionales	
	• Planes, programas, legislación	9
Según ámbito geográfico	• Manuales, guías	7
	• México	7
	• América Latina	51
	• Otro	35
Según componente de los Sistemas de Salud	• Recursos humanos	17
	• Infraestructura/Equipos	9
	• Organización/Funcionamiento	23
	• Financiamiento/Costos	16
	• Otro	41
Según relación con el tema	• Directamente relacionados: aquellos que hablan explícitamente de los servicios de salud para la PSD	42
	• Indirectamente relacionados: aquellos cuyo tema principal son las características de esta población y sus necesidades de salud, que de manera indirecta se relacionan con los servicios que deben prestarse para satisfacerlas	51
	• No relacionados: aquellos cuyo tema principal no se relacionan ni con los servicios de salud ni con las necesidades de la población en situación de desplazamiento forzado	201

PSD: población en situación de desplazamiento; ONG: organización no gubernamental; ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; OIM: Organización Internacional para las Migraciones



PSD: población en situación de desplazamiento

**Figura.** Número y tipo de documentos seleccionados en la revisión de literatura 1995–2016 sobre PSD y servicios de salud.

Un estudio sobre salud y desplazamiento forzado en Sri Lanka, aunque enfocado al posconflicto, encontró tres documentos sobre SS. La mayoría se centraba en los problemas de salud mental de la población desplazada<sup>25</sup>.

El artículo del *International Centre for Migration and Health*<sup>26</sup> explicitaba las áreas en las que deberían centrarse las políticas de salud para esta población: comunicación, control de infecciones, salud materno-infantil, salud ocupacional, violencia, creación de indicadores de salud y preparación del personal para que tenga las competencias interculturales para atender a grupos étnicos minoritarios. El punto 19 de los “Principios rectores de los desplazamientos internos” de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), prioriza la atención de la PSD con discapacidades, con enfermedades infecciosas y de las mujeres, sobre todo en el campo de la salud sexual y reproductiva (SSR)<sup>1</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2</sup> menciona como objetivo de la salud pública evitar inequidades entre la PSD y la población de acogida en cuanto a la situación sanitaria y al acceso a los SS. Para eso, propone garantizar los derechos sanitarios sin discriminación y suprimir los obstáculos a las intervenciones preventivas y curativas que reduzcan el exceso de morbilidad y minimicen las consecuencias tanto sobre la salud como sobre la cohesión comunitaria.

Algunos estudios se centraron en las barreras de acceso a los servicios. Las más mencionadas fueron las geográficas, económicas, culturales y burocráticas<sup>5,12,27–30</sup>. Algunas estrategias utilizadas en Colombia para garantizar el acceso han sido la afiliación prioritaria a seguridad social o la portabilidad de dicha afiliación, la flexibilidad para adaptarse a obstáculos como la ausencia frecuente de documento de identificación, y la atención con brigadas móviles y gestores de salud<sup>29,31–33</sup>.

Otros mencionaron la falta de capacitación del personal para la atención de emergencias socio-sanitarias, o su escasez agravada por la alta deserción que conlleva el trabajo en condiciones de estrés, de escasez de recursos y de inseguridad<sup>34</sup>. Además, llamaron la atención sobre las deficiencias locales para desarrollar políticas para la protección de la PSD, ya sea por falta de interés, de capacidad, de incentivos o de financiamiento<sup>12,35</sup>. La mayoría de experiencias provenían de Colombia, en donde se ha diseñado un modelo de atención a la PSD basado en equipos móviles con enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) y manuales específicos<sup>4,36</sup>.

Existen consensos sobre las características que deben tener los SS para la PSD, como aceptabilidad cultural<sup>2,5,26,37–39</sup>, integralidad<sup>24,40</sup>, con sistema de información adecuado<sup>4,41–43</sup>, intersectoriales<sup>4,12,29,44–47</sup>, participativos<sup>5,29,33</sup>, accesibles<sup>24,27–31,37,43,48–51</sup> y con medidas de seguridad que garanticen la vida tanto de la población como del personal de salud<sup>1,12,34,44,52</sup> (Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Características de los servicios de salud para la población en situación de desplazamiento (PSD) forzado por violencia, encontrada en la revisión de literatura 1995–2016 sobre PSD y servicios de salud.

Característica	Definición	Autores
Aceptabilidad cultural	Implica adaptaciones en términos de comunicación y organización cuando la PSD es indígena o viene de otra región culturalmente distinta a la de la localidad de arribo	Juliao-Vargas <sup>37</sup> , Lattay Goodman <sup>38</sup> , OMS <sup>93</sup> , Thomas y Thomas <sup>5</sup> , Kinzie <sup>39</sup> , Siem <sup>26</sup>
Integralidad	Que sepan identificar y atender las necesidades de salud física y las sicosociales, lo cual implica recursos humanos capacitados	Reynolds <sup>24</sup> , UNICEF <sup>40</sup> , Ruiz Rodriguez et al. <sup>49</sup> , Galambos et al. <sup>95</sup> , Vilar Peyrí y Eineschutz Hartman <sup>69</sup> , Diez-Ruiz y Agudelo Suarez <sup>70</sup> , Eisenman et al. <sup>71</sup> , OMS <sup>72</sup> , Juliao-Vargas <sup>37</sup> , Rodríguez et al. <sup>84</sup> , OMS <sup>54</sup> , OMS <sup>85</sup> , OMS <sup>94</sup> , Betancourt y Castro <sup>86</sup> , Cohen <sup>73</sup> , Cámara de Diputados <sup>91</sup>
Con sistema de información adecuado	Que permita la atención diferenciada de la población (según sexo, edad, etnia, estado de salud) y la asignación organizada de recursos	Alcaraz López et al. <sup>41</sup> , IASC <sup>42</sup> , Hernández y Gutiérrez <sup>43</sup>
Con coordinación intersectorial	Para satisfacer las necesidades básicas (saneamiento, vivienda, alimentación, educación, seguridad)	Balladelli <sup>29</sup> , Bernal Pulido <sup>12</sup> , OPS <sup>44</sup> , Schuster y Schwendke <sup>45</sup> , Rodríguez Neyra <sup>4</sup> , Silva <sup>46</sup> , Fox et al. <sup>47</sup>
Participativos	Que promuevan y permitan el involucramiento activo de la población en la toma de decisiones sobre los programas y estrategias	Balladelli <sup>29</sup> , OPS <sup>33</sup> , Ministerio de Protección Social <sup>48</sup> , Thomas y Thomas <sup>5</sup>
Accesibles	Con acceso geográfico, funcional, económico y cultural	Ruiz <sup>28</sup> , Ruiz <sup>49</sup> , Ministerio de Salud <sup>29</sup> , Hernández <sup>43</sup> , Juliao <sup>37</sup> , Cáceres <sup>50</sup> , Vidal <sup>31</sup> , Mogollón <sup>30</sup> , Ballesteros-P et al. <sup>27</sup> , Reynolds <sup>24</sup> , Moreno et al. <sup>51</sup> , OMS <sup>94</sup> , OPS <sup>32</sup> , OPS <sup>33</sup>
Con medidas de seguridad	Tanto para la PSD como para el personal de salud	Bernal Pulido <sup>12</sup> , Organización de las Naciones Unidas <sup>1</sup> , OPS <sup>44</sup> , Kalipeni y Oppong <sup>34</sup> , Paho <sup>52</sup>

OMS: Organización Mundial de la Salud; IASC: Comité Permanente entre Organismos; OPS: Organización Panamericana de la Salud; Paho: *Pan American Health Organization*

Sobre otros factores de los cuales dependen los retos para los SS, se identificaron:

- La cantidad de PSD: individual o familiar (gota a gota) o masiva (más de 10 familias o de 50 personas)<sup>21,53</sup>.
- Los recursos existentes en la zona de llegada y la planeación previa. Según la OMS, las condiciones políticas y de seguridad de un país permiten prever posibles desplazamientos, planear actividades y recursos y contar con protocolos para el momento en que se dé la situación<sup>5,54</sup>.
- De la etapa del desplazamiento: inicial (abordaje como emergencia sanitaria) o en etapa de asentamiento definitivo<sup>4,21,51,55</sup>.
- El tipo de población: grupos étnicos minoritarios o población similar a la de la localidad de llegada<sup>37</sup>. Una buena parte de la PSD en América Latina pertenece a minorías étnicas (indígenas y afro descendientes)<sup>14,56–58</sup>.
- Los grupos etarios que componen la población desplazada y su estado de salud<sup>1,5,27,28,47,59–67</sup> con énfasis en infancia, adolescencia, mujeres adultas, grupos étnicos minoritarios, población LGTBI y personas con discapacidad o alguna enfermedad crónica o infecciosa que requiera tratamientos a largo plazo como TB y SIDA (Cuadro 2).

Dado que la mayoría de la PSD tiene un nivel educativo bajo<sup>19,62</sup>, requiere información sobre salud, derechos y servicios, para mejorar su utilización, en especial en SSR (prevención y detección de cáncer cervicouterino y de mama, infecciones de transmisión sexual/VIH y planificación familiar)<sup>55</sup>.

**Cuadro 2.** Prioridades de atención según grupo etario en población en situación de desplazamiento (PSD) forzado, encontradas en la revisión de literatura 1995–2016 sobre PSD y servicios de salud.

Grupo etario	Prioridades	Autores
Infancia	Por su vulnerabilidad frente a la escasez de alimentos, a las condiciones sanitarias, a los cambios de residencia y al síndrome de estrés post traumático (SEPT) y sus consecuencias, se recomienda enfatizar en: continuidad de la lactancia materna, vacunación, nutrición, detección y abordaje de problemas de salud mental con intervenciones familiares y escolares y servicios de salud amigables	James et al. <sup>59</sup> , Kataoka et al. <sup>60</sup> , Patten <sup>61</sup> , Ruiz Rodríguez et al. <sup>28</sup> , Thomas y Thomas <sup>5</sup> , Fox et al. <sup>47</sup> , Gómez Builes et al. <sup>56</sup> , Ballesteros-P et al. <sup>27</sup> , Baquero Latorre et al. <sup>62</sup> , Cámara de Diputados <sup>91</sup>
Adolescencia	Prevención de violencia y explotación sexual o económica, ITS/VIH, embarazo, adicciones y atención del SEPT	Thomas y Thomas <sup>5</sup> , Salama y Dondero <sup>63</sup> , Zea et al. <sup>64</sup> , Yearwood et al. <sup>65</sup> , Mogollón Pérez y Vásquez Navarrete <sup>66</sup> , Cámara de Diputados <sup>91</sup>
Mujeres en edad adulta	Atención sicosocial de embarazadas y madres cabeza de familia	Mogollón Pérez y Vásquez Navarrete <sup>66</sup> , Organización de las Naciones Unidas <sup>1</sup> , Ballesteros-P et al. <sup>27</sup> , Roberston et al. <sup>68</sup>

SEPT: síndrome de estrés pos traumático; ITS/VIH: infecciones de transmisión sexual/VIH

### Necesidades de Salud de la PSD

Ante la escasa información específica sobre los retos para los SS, estos pueden deducirse de la información sobre las necesidades de salud de la PSD, la cual es abundante. Si bien las condiciones de la migración forzada por violencia en otros continentes son diferentes por su magnitud y su contexto sociopolítico, existen características comunes en la PSD: la mayoría es pobre, es femenina, con bajo nivel educativo, con experiencias traumáticas y estrés, se instala en lugares con condiciones sanitarias precarias, y arriban con pocas pertenencias y muchas veces sin documentos de identidad<sup>5</sup>.

El mayor número de referencias identificó problemas de salud mental<sup>142,44,50,60,68–72</sup> derivados del estrés y del trauma que acompaña el desplazamiento, generalmente precedido de asesinatos, amenazas, violaciones y pérdidas. A esto se suma el estrés en el lugar de arribo, por desempleo, discriminación y pérdida de redes. Los problemas más comunes fueron la depresión y el síndrome de estrés pos traumático (SEPT), cuya magnitud depende de factores personales y del entorno<sup>5,57,71–73</sup>.

El segundo tema más mencionado fue el de las necesidades de SSR de las mujeres, especialmente las adolescentes, por el riesgo de sufrir abuso y explotación sexual tanto en el lugar de llegada como dentro del propio grupo desplazado<sup>74,75</sup>. Esto implica esfuerzos para identificarlas y prevenir embarazos no deseados, ITS/VIH, aborto inseguro, y para garantizar la disponibilidad de anticonceptivos, incluyendo los de emergencia, y antirretrovirales<sup>1,5,73,75,76</sup>.

Otros grupos mencionados fueron las personas adultas mayores<sup>53</sup> y personas con discapacidad<sup>153</sup>. La población LGTBI fue considerada importante por la discriminación de que pueden ser objeto, aun en los SS y las personas con tratamientos de ITS/VIH para garantizar continuidad<sup>177</sup>. De ahí la importancia de contar con un sistema de vigilancia epidemiológica<sup>63</sup> que garantice diagnóstico oportuno y continuidad de tratamientos, y un diagnóstico de los recursos disponibles. Se encontraron algunos artículos sobre temas puntuales: aumento de la rabia canina en las zonas desalojadas<sup>78</sup>, salud bucal<sup>79,80</sup> y salud ocupacional<sup>126,81</sup>.

### Componentes del SS

La OPS comenta que el desplazamiento interno masivo “produce un aumento de la magnitud y la distribución de la carga de la enfermedad y por lo tanto en el volumen y composición de la demanda de servicios”<sup>36</sup>. La mayoría de los documentos mencionaron uno o varios de los componentes de los SS:

- Infraestructura y equipos: además de los recursos para la atención humanitaria de emergencia, se contemplan intervenciones en salud como parte de la reparación integral

de las víctimas. Estas pueden ser individuales (prótesis, rehabilitación física y mental) o colectivas (dotación de equipos e insumos, construcción de centros de salud)<sup>82,83</sup>. El desplazamiento masivo puede causar escasez de recursos para la atención, si no se tiene la preparación adecuada para estas situaciones<sup>30</sup>.

- Recursos humanos (RH). La capacitación del personal de salud es una de las necesidades para la atención de la PSD<sup>5,54</sup>, al igual que la capacitación de las autoridades estatales y municipales. Es importante una remuneración adecuada y una contención emocional en las etapas iniciales de emergencia, acompañadas de medidas de seguridad<sup>26,36,82</sup>. Las agencias internacionales han diseñado manuales para la atención de la emergencia y para el abordaje de los problemas de salud mental de esta población<sup>36,44,72,84-86</sup>.
- Reforzamiento de servicios: en especial los de SSR<sup>5,75,76</sup> y salud mental<sup>42,55</sup>. En Colombia, el Sistema de Atención Integral para Población Desplazada por Violencia detalla los SS necesarios. Ellos van desde actividades de prevención y atención de emergencia hasta al traslado y la atención psicosocial y la rehabilitación<sup>48</sup>.
- El financiamiento de la atención en salud para la PSD fue un tema escaso en los documentos. Hubo consenso en que los recursos financieros son escasos o llegan tardíamente<sup>30</sup>, y que se necesita un esfuerzo presupuestal nacional, para que no se afecte negativamente a la población local<sup>12</sup>. Otros textos mencionaron fuentes de recursos<sup>29,87</sup>, mecanismos de pago<sup>29,86,88</sup>, o el presupuesto asignado para reparación de víctimas<sup>35</sup>. Sin embargo, ninguno ha hecho un estudio detallado de costos en salud derivados del desplazamiento<sup>89</sup>. Dado que las familias desplazadas son pobres y además debieron abandonar sus fuentes de ingresos, su capacidad de pago es mínima, aun para el transporte a la unidad de salud<sup>53</sup>. La OMS resalta la permanente escasez de recursos para la atención de la salud mental, servicio que se torna prioritario para la PSD<sup>85</sup>.
- Otros componentes: se abordaron temas como intersectorialidad, participación y empoderamiento de la PSD<sup>4,29,55,82</sup>, el papel de las organizaciones no gubernamentales<sup>14,21,55</sup> y de la academia<sup>28,35,41,62,80</sup>, tanto en asistencia como en investigación.

### La Situación en México

A pesar del subregistro, se conoce que 281,418 personas son víctimas del desplazamiento interno forzado por la violencia, principalmente en los estados del Norte y en Guerrero, causado por el crimen organizado<sup>21</sup> o por problemas religiosos. En general, el tema de la PDS ha sido poco estudiado y reconocido por lo cual no hay políticas ni marco legal específicos en el campo de los servicios de salud<sup>23,53</sup>. Una excepción es Chiapas, en donde se promulgó una Ley para salvaguardar los derechos de esta población<sup>90</sup>. En Guerrero y Sinaloa, existen legislaciones estatales<sup>14</sup>. El Proyecto Federal para la Atención a Indígenas Desplazados no incluye aspectos de salud pero reconoce tanto la existencia de población indígena desplazada por algún tipo de violencia, como la falta de legislación específica que la reconozca y la caracterice<sup>58</sup>. Otras respuestas estatales incluyen atención de emergencias y comités intersectoriales (Guerrero) y programas de empleo (Sinaloa, Durango). La Ley General de Víctimas de 2013<sup>91</sup>, que ha permitido el registro de víctimas, no opera en todos los estados; su Comisión Ejecutiva no tiene presupuesto suficiente, ni protocolos de atención, ni leyes estatales para la Prevención y Atención del Desplazamiento Interno, que incluye el derecho a servicios médicos<sup>14,21,90</sup>. La iniciativa de una Ley Federal para Personas Desplazadas Internamente, presentada en Cámara de Diputados en 1998, fue desechada.

El documento de Arana sobre la situación en Chiapas resalta la falta de información que permita identificar grupos poblacionales y necesidades para atenderlas, y refuerza la conexión entre desplazamiento forzado y salud<sup>23</sup>:

“El desplazamiento forzado es uno de los ejemplos más claros de la interdependencia entre los derechos. La vulneración de los derechos civiles a la seguridad y a la libre residencia, resultante del uso de la fuerza física y/o psicológica para expulsar a una población, desencadena una impredecible serie de consecuencias negativas que obstaculizan el ejercicio del derecho a la salud, y una larga lista de derechos económicos, sociales y culturales.” (p.79)

## DISCUSIÓN

El desplazamiento forzado es un drama que viola los Derechos Humanos. Produce individuos y colectivos altamente fragilizados con un profundo deterioro de la calidad de vida y de la salud y la falta de atención por parte del Estado atenta contra el derecho a la salud<sup>56</sup>. No se encontraron estudios específicos que tuvieran como objetivo analizar el impacto del desplazamiento forzado sobre los SS, el cual probablemente se da más en términos de reasignación de los mismos recursos. Queda pendiente lo relacionado con la salud mental y la rehabilitación, tradicional y precariamente atendidos en el sistema de salud.

Si bien la mayoría de los documentos se refiere a la migración por violencia de un país a otro, y no de la migración interna, el diagnóstico de las necesidades de la población migrante por violencia, en general, permite deducir el impacto y los retos para los SS. En América Latina, la mayor parte de la bibliografía se refiere a Colombia, en donde la magnitud del problema es enorme y ha sido asumido como una prioridad nacional. Esto ha dado lugar a que existan un sistema confiable de registro, estrategias y políticas específicas para esta población y se han realizado un gran número de investigaciones e intervenciones, por parte de la academia, de los municipios, de las ONG y de organismos internacionales. Por esta razón, la experiencia colombiana es recomendada como un ejemplo para México<sup>53</sup>. En el Perú, la reparación de las víctimas incluye la atención de la discapacidad, la recuperación integral de la salud mental comunitaria, fortalecimiento de la capacidad e infraestructura de SS y capacitación<sup>89</sup>. En México, mientras el gobierno no reconozca el desplazamiento interno por violencia como un problema de salud pública, de violación de los derechos humanos y de seguridad nacional, las acciones para mitigarlo tendrán poca viabilidad política y financiera. Son los estados y los municipios y la misma PSD quienes deben afrontar los problemas de salud y de recursos derivados del desplazamiento.

Con base en los resultados, los principales retos para el sistema de salud mexicano serían<sup>23-25,45,49,50,62,69,73,75,83,92</sup>:

1. El enfoque integral, intersectorial, y participativo, para lo cual se requieren equipos multidisciplinarios sensibilizados y capacitados<sup>4</sup> y voluntad política en todos los niveles.
2. Garantizar la accesibilidad geográfica, cultural, económica y funcional a los SS, teniendo en cuenta las particularidades sicosociales de la PSD, tales como el trauma sicosocial (miedo, dolor, incertidumbre) y la carencia de recursos, así como las limitaciones del plan de beneficios del Seguro Popular.
3. Contar con un sistema de información y registro confiable de la PSD y sus características, que permita priorizar las actividades y los grupos, con participación de líderes comunitarios que faciliten el abordaje de la población y el flujo de la información.
4. Analizar y adaptar las experiencias exitosas de otros países de Latinoamérica para la atención y reparación de la población desplazada por violencia.
5. Abordar integralmente las problemáticas de los diferentes grupos, especialmente el de mujeres, y dentro de él, el de mujeres jóvenes, quienes además de las necesidades propias de la SSR, enfrentan el riesgo de violencia sexual y violencia doméstica por razones de género. Además, muchas de ellas se convierten en cabeza de familia requiriendo un gran apoyo sicosocial.
6. Dada la alta vulnerabilidad de la PSD a los problemas de salud mental, esta problemática debe ser estudiada y atendida para evitar consecuencias negativas individuales, familiares y sociales.

Para enfrentar adecuadamente estos retos, el gobierno mexicano debe reconocer la existencia de la PSD para planificar recursos y diseñar políticas<sup>23,53</sup>; debe activar una estrategia humanitaria integral para promover sus derechos y diseñar un marco jurídico específico para la protección de las y los desplazados internos, incluyendo la protección de su salud<sup>35,93</sup>.

El desplazamiento forzado acumula vulnerabilidades derivadas de las pérdidas: derechos políticos y sociales, redes familiares y sociales, y por las condiciones sociales y sanitarias adversas a que se ven enfrentados en los sitios receptores. Estas situaciones aumentan la carga de la enfermedad y presionan la demanda por servicios de salud que respondan a las necesidades de salud, en particular a las de salud mental. La OMS advierte sobre las consecuencias de los conflictos para la salud pública y para los sistemas de salud que pueden ver disminuida su capacidad para responder adecuadamente a las nuevas demandas<sup>94</sup>. El acúmulo de vulnerabilidades de la PSD plantea un reto para los sistemas de salud de los países en cuanto a la implementación de políticas para que los servicios sean más sensibles a las necesidades. Particularmente, este aspecto se vuelve relevante en modelos de atención que poseen un plan de beneficios explícito homogéneo que invisibiliza una serie de problemas de salud sicosociales, que quedan excluidos de la atención. Por ejemplo, los problemas de salud mental no han sido atendidos adecuadamente en Colombia debido a que los servicios de salud mental incluidos en el plan de beneficios no son suficientes para atender la necesidad sentida<sup>49</sup>. Modelos de atención basados en el *managed care* también han mostrado que no son sensibles a la atención de problemas de salud mental<sup>95</sup>.

El desplazamiento forzado es un determinante de inequidades sociales y de salud. Está muy relacionado con factores estructurales, tales la distribución del ingreso, tierras, derechos humanos, y factores intermedios, como la posición socioeconómica y el sistema de salud. Este aspecto plantea otro reto para los sistemas de salud en cuanto al trabajo inter y trans-sectorial que favorezca la movilización social de actores distintos a los del sector salud que potencialicen las intervenciones de los servicios de salud. Los sistemas de salud deben estar centrados en estrategias más integrales como la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y con enfoque de Determinantes Sociales, las cuales tienen entre sí una estrecha relación.

El conocimiento sobre los problemas y necesidades de salud de la población desplazada y de su impacto sobre los SS servirá para la definición de programas, estrategias y políticas que enfrenten este problema creciente en México. Las experiencias nacionales e internacionales constituyen un referente importante para el país. Colombia tiene una trayectoria amplia en este tema y cuenta con un Sistema Nacional de Atención Integral a PSD y estrategias específicas de atención a la salud. Las estrategias incluyen la formación de gestores de salud, las brigadas móviles y una serie de estrategias diseñadas y evaluadas con el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud<sup>33</sup>, con financiamiento definido para cada sector, un registro nacional de víctimas y la promoción de la participación comunitaria en la toma de decisiones. Eso podría ser de utilidad para el Estado mexicano<sup>29</sup>.

A pesar de la limitación que representa la escasez de información específica sobre el tema, como se muestra en la Tabla, el análisis de los datos encontrados nos permite concluir: el Sistema de Salud debe responder a las necesidades de los diferentes grupos de PSD y al carácter multiétnico y multicultural de México con enfoque integral y de derechos, y con carácter anticipatorio que evite la improvisación. La ausencia de voluntad política para la aceptación y visibilización del desplazamiento interno por violencia y de su importancia como problema humanitario y de salud pública constituye un obstáculo para atender a la PSD de forma adecuada. Es responsabilidad de los tres niveles de gobierno la atención de la PSD y el reacomodo de los recursos entre zonas de expulsión y de asentamiento y la sensibilización y capacitación del personal de salud para el trabajo en situaciones de emergencia sociosanitarias. Dadas las características de vulnerabilidad de la PSD, es necesario que México desarrolle un registro y un diagnóstico de los problemas de salud física y emocional de esta población, para mitigar el sufrimiento y las consecuencias a corto y largo plazo. El componente de participación social y comunitaria, presente en la atención primaria a la salud y en la promoción de la salud, es un elemento indispensable para garantizar el derecho a la salud de la PSD. Se requieren investigaciones cuantitativas y cualitativas del efecto sobre los SS del desplazamiento interno forzado por violencia en México, que aporten información para planear las estrategias y los recursos necesarios para la atención en salud a la creciente PSD.

## REFERENCIAS

1. Organización de las Naciones Unidas, Comisión de Derechos Humanos. Principios rectores de los desplazamientos internos. Ginebra, Suiza: ACNUR; 1998. (E/CN.4/1998/53/Add.2). Disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/5tdmhb.htm>
2. Organización Mundial de la Salud, Consejo Ejecutivo 122. Salud de los migrantes: informe de la Secretaría. Ginebra: OMS; 2008 [citado 7 jul 2016]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/26222/1/A61\\_12-sp.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/26222/1/A61_12-sp.pdf)
3. International Displacement Monitoring Centre. Mexico: limited response to displacement following local and regional conflicts. Ginebra: IDMC; 2009.
4. Rodríguez Neyra CL. Programa de Salud Familiar de Primer Nivel con equipo extramural para población desplazada en Neiva: Convenio HU-0002 ESE Carmen Emilia Ospina – OIM. Neiva: Organización Internacional para las Migraciones; 2004 [citado 7 jul 2016]. Disponible en: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/salud\\_familiar-1.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/salud_familiar-1.pdf)
5. Thomas SL, Thomas SD. Displacement and health. *Br Med Bull.* 2004;69(1):115-27. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldh009>
6. Gamboa Delgado EM, López Barbosa N, Vera Cala LM, Prada Gómez GE. Patrón alimentario y estado nutricional en niños desplazados en Piedecuesta, Colombia. *Rev Salud Publica.* 2007 [citado 7 jul 2016];9(1):129-39. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a14.pdf>
7. Programa Mundial de Alimentos Colombia. Estudio de caso de las necesidades alimentarias de la población desplazada de Colombia. Bogotá; 2001 [citado 7 jul 2016]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/colombia/estudio-de-caso-de-las-necesidades-alimentarias-de-la-poblaci%C3%B3n-desplazada-de>
8. Martínez-García JS. Las clases sociales y el capital en Pierre Bourdieu un intento de aclaración. Salamanca: Universidad de Salamanca; s.d. (Serie Análisis, Documento P/10 98-PB94/1382).
9. Mogollón Pérez AS, Vázquez Navarrete ML, García Gil MM. Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Rev Esp Salud Publica.* 2003 [citado 7 jul 2016];77(2):257-66. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v77n2/original7.pdf>
10. Vásquez Salazar E, Ochoa Marín S, Duarte MB. Respuesta al riesgo de infecciones de transmisión sexual en hombres en situación de desplazamiento forzado. *Rev Salud Publica.* 2012 [citado 7 jul 2016];14(6):989-1000. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n6/v14n6a09.pdf>
11. García Durán M. Los desplazados por la violencia en Colombia. Con su dolor sin rumbo. *Univ Humanist.* 1999 [citado 7 jul 2016];47:15-31. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/9584>
12. Bernal Pulido LG. Atención en salud de familias desplazadas por la violencia: reflexiones desde la experiencia docente-asistencial. *Univ Med.* 2009 [citado 17 abr 2016];50(2):172-83. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018809004>
13. Barajas Sandoval LC. Salud y derechos en el contexto de la ley, no de la vida. *Nomadas (Col).* 2013 [citado 7 jul 2016];(38):254-66. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105127475017>
14. Comisión Mexicana para la Defensa y Promoción de los Derechos Humanos. Desplazamiento interno forzado en México. México (DF): CMDPDH; 2014 [citado 7 jul 2016]. Disponible en: <http://www.cmdpdh.org/publicaciones-pdf/cmdpdh-desplazamiento-web.pdf>
15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010: migración interna (estatal): población emigrante por entidad federativa según lugar de nacimiento, 2000 y 2010. México (DF); INEGI; 2010 [citado 21 abr 2016]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo134&s=est&c=23628>
16. Chávez AM. La migración interna en México. En: Valdés LM, editor. Derechos de los mexicanos: introducción al derecho demográfico. México (DF): Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM; 2009. p.267-81.
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consejo Nacional de Población. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2014: principales resultados. México (DF): INEGI; 2014 [citado 2016 Jul 7]. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados\\_enadid14.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados_enadid14.pdf)
18. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2014. México (DF): INEGI; 2014. [citado 7 jul 2016]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/envipe/envipe2014/default.aspx>

19. Chávez- Juárez FW, Wanner P. Determinants of internal migration in Mexico at an aggregated and a disaggregated level. Rochester: SSRN; 2012 [citado 16 jul 2016]. (SSRN Working Paper Series). Disponible en: [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1978806](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1978806)
20. Leyva Flores R, Quintino F, Caballero M, Infante C. Migración internacional y VIH/SIDA en México. En: Leyte P, Giorguli S E, coordinadoras. El estado de la migración: las políticas públicas ante los retos de la migración mexicana a Estados Unidos. México (DF): Consejo Nacional de Población; 2009. p.249-64.
21. Internal Displacement Monitoring Centre. Global overview 2015: people internally displaced by conflict and violence. Geneva: IDMC; 2015 [citado 7 jul 2016]. Disponible en: <http://www.internal-displacement.org/library/publications/2015/global-overview-2015-people-internally-displaced-by-conflict-and-violence>
22. Centro Internacional para los Derechos Humanos de los Migrantes. Desplazamiento forzado y necesidades de protección generados por nuevas formas de violencia y criminalidad en Centroamérica. San José de Costa Rica: CIDEHUM/ACNUR; 2012.
23. Arana Cedeño M, Riego MT, Swanson SS, Barreda Ruiz E. Estudios sobre los desplazados por el conflicto armado en Chiapas. México (DF): Programa Conjunto por una Cultura de Paz; 2012 [citado 7 jul 2016]. Disponible en: [https://www.sdgfund.org/sites/default/files/CPPB\\_%20ESTUDIO\\_%20Mexico\\_Estudio%20sobre%20los%20desplazados.pdf](https://www.sdgfund.org/sites/default/files/CPPB_%20ESTUDIO_%20Mexico_Estudio%20sobre%20los%20desplazados.pdf)
24. Reynolds S. Las víctimas ocultas de México. *Refugees Int.* 2 jul 2014 [citado 7 jul 2016]. Disponible en: [http://www.acnur.org/t3/uploads/media/2883\\_COI\\_Mexico\\_las\\_victimas\\_ocultas.pdf?view=1](http://www.acnur.org/t3/uploads/media/2883_COI_Mexico_las_victimas_ocultas.pdf?view=1)
25. Siriwardhana C, Stewart R. Forced migration and mental health: prolonged internal displacement, return migration and resilience. *Int Health.* 2013;5(1):19-23. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihs014>
26. Siem H. Migration and health: the international perspective. *Praxis (Bern 1994).* 1997;86(19):788-93.
27. Ballesteros-P MP, Gaviria-L MB, Martínez-B SE. Caracterización del acceso a los servicios de salud en población infantil desplazada y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003. *Rev Fac Nac Salud Publica.* 2006 [citado 7 jul 2016];24(1):7-17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12024102>
28. Ruiz Rodríguez M, López Moreno S, Ávila Burgos L, Acosta Ramirez N. Utilización de servicios médicos por una población desplazada en Bucaramanga, Colombia. *Rev Salud Publica.* 2006 [citado 7 jul 2016];8(3):197-206. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v8n3/v8n3a05.pdf>
29. Balladelli PP, Rodríguez Neira CL, Hernández Torres J. Ruta y Siga: acceso de la población desplazada a los servicios de salud. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2009 [citado 7 jul 2016]. (Buenas Prácticas en Salud Pública en Colombia). Disponible en: [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=1296-ruta-siga-acceso-psd&Itemid=688](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=1296-ruta-siga-acceso-psd&Itemid=688)
30. Mogollón Pérez AS, Vázquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cad Saude Publica.* 2008;24(4):745-54. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400004>
31. Vidal López RC, coordinador, Atehortúa Arredondo CI, Salcedo J. Efectos del desplazamiento interno en las comunidades de las zonas de recepción: estudio de caso en Bogotá, DC Colombia, en las localidades de Suba y Ciudad Bolívar. Bogotá: Proyecto del Instituto Brookings-London School of Economics sobre el Desplazamiento Interno; 2011 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/Host-Communities-Colombia-Spanish.pdf>
32. Organización Panamericana de la Salud; Escuela de Formación Administrativa en Salud. Atención en salud para la población en situación de desplazamiento. Bucaramanga (CO): OPS; 2004 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=21-atencion-en-salud-para-la-poblacion-en-situacion-de-desplazamiento&Itemid=688](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=21-atencion-en-salud-para-la-poblacion-en-situacion-de-desplazamiento&Itemid=688)
33. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto para mejorar las condiciones generales de vida a las familias reubicadas y desplazadas por la violencia: equipos itinerantes de atención a desplazados. Bogotá: OPS; s.d.
34. Kalipeni E, Oppong J. The refugee crisis in Africa and implications for health and disease: a political ecology approach. *Soc Sci Med.* 1998;46(12):1637-53. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)10129-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)10129-0)

35. Ibáñez AM, Velásquez A. La política pública para atender a la población desplazada. ¿Cuáles deben ser las funciones de las autoridades locales? Washington (DC): La Institución Brookings-Universidad de Berna; 2008 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: [https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/1203\\_colombia\\_ibanez\\_spa.pdf](https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/1203_colombia_ibanez_spa.pdf)
36. Organización Panamericana de la Salud. Más de un decenio de salud para la población desplazada en Colombia 1998-2011. Bogotá: OPS; 2012.
37. Juliao-Vargas CS. Los desplazados en Bogotá y Soacha: características y protección. *Rev Paz Conflictos*. 2011 [citado 16 jul 2016];4:102-20. Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/revpaz/article/view/457/525>
38. Latta RE, Goodman LA. Considering the interplay of cultural context and service provision in intimate partner violence: the case of Haitian immigrant women. *Violence Against Women*. 2005;11(11):1441-64. <https://doi.org/10.1177/1077801205280273>
39. Kinzie JD. Immigrants and refugees: the psychiatric perspective. *Transcult Psychiatry*. 2006;43(4):577-91. <https://doi.org/10.1177/1363461506070782>
40. UNICEF. Migrantes y derecho a la salud: material de consulta para trabajadores/as del sistema de salud. Buenos Aires; 2012 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: [http://files.unicef.org/argentina/spanish/Cuadernillo\\_efectores.pdf](http://files.unicef.org/argentina/spanish/Cuadernillo_efectores.pdf)
41. Alcaraz López GM, Ochoa Marín SC, López Torres ZA. Atención en salud a mujeres en situación de desplazamiento: una mirada desde los prestadores de servicios sociales y de salud. *Index Enferm*. 2012;21(3):155-9. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962012000200010>
42. Comité Permanente entre Organismos. Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra: IASC; 2007 [citado 16 jul 2016]. Capítulo 3. Listas de acciones que constituyen la respuesta mínima: servicios de salud. p.130-60. Disponible en: <http://www.who.int/hac/techguidance/iascguidelinespanish.pdf>
43. Hernández Bello A, Gutiérrez Bonilla ML. Vulnerabilidad y exclusión: condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá-Colombia, 2005. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2008 [citado 16 jul 2016];7(14):145-76. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v7n14/v7n14a09.pdf>
44. Haghebaert GVKA, Zacarelli Davoli M. La salud mental y el desplazamiento forzado. En: Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica de salud mental en desastres. Washington (DC): OPS; 2006 [citado 16 jul 2016]. Capítulo 8, p.153-67. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/GuiaPracticadeSaludMental.pdf?ua=1>
45. Schuster S, Schwendke A. [Violence against women in the context of migration]. *Ther Umsch*. 2005;62(4):239-43. German. <https://doi.org/10.1024/0040-5930.62.4.239>
46. Silva JC. Población desplazada internamente en Cartagena, Colombia: una intervención de la Organización Panamericana de la Salud. Bogotá: OPS; 2001.
47. Fox PG, Rossetti J, Burns KR, Popovich J. Southeast Asian refugee children: a school-based mental health intervention. *Int J Psychiatr Nurs Res*. 2005;11(1):1227-36.
48. Ministerio de Protección Social. Circular Externa N° 064. Cumplimiento de la orden contenida en el ordinal octavo de la parte resolutive de la sentencia T-025 de 2004 emitida por la Corte Constitucional, que prohíbe incorporar la interposición de la acción de tutela como requisito para acceder a los beneficios otorgados a la población desplazada; 2005. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Circular\\_Externa\\_064\\_de\\_2005.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Circular_Externa_064_de_2005.pdf)
49. Ruiz Rodríguez M, Wirtz VJ, Idrovo AJ, Angulo ML. Access to medicines among internally displaced and non-displaced people in urban areas in Colombia. *Cad Saude Publica*. 2012;28(12):2245-56. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400004>
50. Cáceres DC, Izquierdo VF, Mantilla L, Jara J, Velandia M. Perfil epidemiológico de la población desplazada por el conflicto armado interno país en un barrio de Cartagena, Colombia, 2000. *Biomedica*. 2002;22 Supl 2:25-44. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v22iSuppl2.1191>
51. Moreno-G GA, Monsalve-B JC, Tabima-G D, Escobar-M JI. Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2009 [citado 16 jul 2016];27(2):131-41. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n2/v27n2a04.pdf>
52. Pan American Health Organization. Health, human security and well-being. Washington (DC): PAHO; 2010 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31132/CD50-17-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

53. Aquino Cruz T, Sánchez García D. Hacia la construcción de políticas públicas en materia de atención de grupos discriminados a causa del desplazamiento forzado de su lugar de origen. México (DF): CONAPRED; 2008 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: [http://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/E07-2008\\_FINAL.pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E07-2008_FINAL.pdf)
54. Organización Mundial de la Salud. El informe sobre la salud en el mundo 2006: colaboremos por la salud. Ginebra: OMS; 2006 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/es/>
55. Gomes C, Murad R. Encuesta sobre zonas marginadas, salud sexual y reproductiva, desplazamiento y pobreza 2000-2011. Bogotá: Profamilia; 2011.
56. Gómez Builes GM, Astaiza Arias GM, Minayo MCS. Las migraciones forzadas por la violencia: el caso de Colombia. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(5):1649-60. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500028>
57. Moya Medina J, López- Moreno S. Cambios en la percepción de salud en población desplazada por la guerra, Ayacucho, Perú: 1980-2004. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(3):1699-708. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300007>
58. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (MX). Lineamientos específicos del Proyecto para la Atención a Indígenas Desplazados. *Diario Oficial Fed Estad Mex*. 15 jun 2006 [citado 16 jul 2016]; Sección 1:82-6. Disponible en: [http://www.cdi.gob.mx/programas/lineamientos/lineamientos\\_especificos\\_del\\_proyecto\\_para\\_la\\_atencion\\_a\\_indigenas\\_desplazados.pdf](http://www.cdi.gob.mx/programas/lineamientos/lineamientos_especificos_del_proyecto_para_la_atencion_a_indigenas_desplazados.pdf)
59. James S, Landsverk J, Slymen DJ, Leslie LK. Predictors of outpatient mental health service use: the role of foster care placement change. *Ment Health Serv Res*. 2004;6(3):127-41. <https://doi.org/10.1023/B:MHSR.0000036487.39001.51>
60. Kataoka SH, Stein BD, Jaycox LH, Wong M, Escudero P, Tu W, et al. A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(3):311-8. <https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00011>
61. Patten T. Breastfeeding promotion: a vital emergency intervention disregarded? *Afr Health*. 1997;19(6):24.
62. Baquero Latorre H, Faillace M, Vanegas C, Salas S, Cordero C. Impacto biopsicosocial del desplazamiento forzado en una población menor de 12 años del Asentamiento kilómetro 7, Barranquilla. Hospital Universidad del Norte, Hospital Niño de Jesús. Barranquilla, 2003. *Salud Uninorte*. 2005 [citado 16 jul 2016];20:30-44. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4116/5668>
63. Salama P, Dondero TJ. HIV surveillance in complex emergencies. *AIDS*. 2001;15 Suppl 3:S4-12.
64. Zea MC, Reisen CA, Bianchi FT, Gonzales FA, Betancourt F, Aguilar M, et al. Armed conflict, homonegativity and forced internal displacement: implications for HIV among Colombian gay, bisexual and transgender individuals. *Cult Health Sex*. 2013;15(7):788-803. <https://doi.org/10.1080/13691058.2013.779028>
65. Yearwood EL, Crawford S, Kelly M, Moreno N. Immigrant youth at risk for disorders of mood: recognizing complex dynamics. *Arch Psychiatr Nurs*. 2007;21(3):162-71. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.02.006>
66. Mogollón Pérez AS, Vázquez Navarrete ML. Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gac Sanit*. 2006;20(4):260-5. <https://doi.org/10.1157/13091139>
67. Pinilla Gómez E, Pérez Sierra JM. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en escolares desplazados víctimas de la violencia social e intrafamiliar. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2009 [citado 16 jul 2016];41(2):149-56. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v41n2/v41n2a06.pdf>
68. Robertson CL, Halcon L, Savik K, Johnson D, Spring M, Butcher J, et al. Somali and Oromo refugee women: trauma and associated factors. *J Adv Nurs*. 2006;56(6):577-87. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04057.x>
69. Vilar Peyrí E, Eibenschutz Hartman C. Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2007 [citado 16 jul 2016];6(13):11-32. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2689/1948>
70. Díez Ruiz GP, Agudelo Suarez LM. Condiciones de salud de familias desplazados por violencia en Urabá, 1997. *Rev CES Med*. 1997 [citado 16 Jul 2016]. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/1060/654>

71. Eisenman DP, Gelberg L, Liu H, Shapiro MF. Mental health and health-related quality of life among adult Latino primary care patients living in the United States with previous exposure to political violence. *JAMA*. 2003;290(5):627-34. <https://doi.org/10.1001/jama.290.5.627>
72. Organización Mundial de la Salud. Sanar las heridas invisibles del conflicto sirio. *Bull World Health Organ*. 2016;94:6-7. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.020116>
73. Cohen SA. The reproductive health needs of refugees: emerging consensus attracts predictable controversy. *Guttmacher Rep Public Policy*. 1998 [citado 16 jul 2016];1(5):10-2. Disponible en: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article\\_files/gr010510.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/gr010510.pdf)
74. Ecker N. Where there is no village: teaching about sexuality in crisis situations. *SIECUS Rep*. 1998;26(5):7-10.
75. Marie Stopes International. MSI develops refugee initiative. *First People*. 1996 Summer:2.
76. Otsea K. Prioritizing reproductive health for refugees. *Initiat Reprod Health Policy*. 1999;3(1):1-3.
77. Kapp C. Health crisis worsens in Zimbabwe. *Lancet*. 2007;369(9578):1987-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60927-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60927-1)
78. Cediél N, De la Hoz F, Villamil LC, Romero J, Díaz A. The epidemiology of canine rabies in Colombia. *Rev Salud Publica*. 2010 [citado 16 jul 2016];12(3):368-79. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n3/v12n3a03.pdf>
79. Agudelo-S AA, Isaza-S LT, Bustamante-B DA, Martínez-O CM, Martínez-D CM. Morbilidad bucal percibida y características sociales en la población desplazada y destechada de un asentamiento del municipio de Bello (Antioquia), 2005. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2006 [citado 16 jul 2016];18(1):36-46. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/2773/2865>
80. Agudelo AA, Isaza LT, Bustamante DA, Martínez CM, Martínez CM. Perfil epidemiológico bucal en un asentamiento de población desplazada y destechada (Antioquia-Colombia). *Rev CES Odontol*. 2008 [citado 16 jul 2016] ;21(2):17-24. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/293/191>
81. Ardila Jaimes CP, Rodríguez Amaya RM. Condiciones de salud y laborales de la población trabajadora informal en situación de desplazamiento de Bucaramanga, Colombia. *Invest Andina*. 2013 [citado 16 jul 2016];15(26):628-39. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v15n26/v15n26a02.pdf>
82. Paredes Palma S, Correa C. ¿Cuánto se ha reparado en nuestras comunidades? Avances, percepciones y recomendaciones sobre reparaciones colectivas en el Perú (2007-2011). Cuarto Reporte. Impacto y Sostenibilidad de las reparaciones colectivas. Lima: Aprovech; 2011 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: <https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ-Peru-Reparaciones-2011-Espa%C3%B1ol.pdf>
83. Correa C. Reparaciones en Perú: el largo camino entre las recomendaciones y la implementación. Lima: Centro Internacional para la Justicia Transicional; 2013 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: <https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ-Report-Peru-Reparations-Spanish-2013.pdf>
84. Rodríguez J, Zaccarelli Davoli M, Pérez R, editores. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Washington (DC): OPS; 2006. (Manuales y Guías sobre Desastres, 7).
85. Organización Mundial de la Salud. El contexto de la salud mental: guías sobre servicios y políticas de salud mental. Ginebra: OMS; 2003.
86. Betancourt C, Castro JV. Financiamiento y fiscalidad de la política de atención y restablecimiento de la población desplazada en Colombia. Bogotá: CODHES; 2008.
87. Ministerio de la Protección Social (CO). Decreto N° 4877 de 20 de diciembre de 2007. Modifica parcialmente el Decreto 2131 de 2003 y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. 20 dic 2007 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: <http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2007/46848/d4877007.html>
88. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (CO). Circular Número 000042 de 2002. Fuentes de financiamiento de la atención en salud a la población desplazada. *Diario Oficial*. 28 nov 2002 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/CIRCULAR%20042%20DE%202002.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/CIRCULAR%20042%20DE%202002.pdf)
89. Shack Yalta N. Avanzando hacia la cuantificación del gasto público de las entidades del gobierno nacional en materia de reparaciones en el marco de las recomendaciones del informe final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación: primer informe de avance. Lima: Agencia Peruana de Cooperación Internacional; 2006 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: <https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/0/36340/shack2006.pdf>

90. Estado de Chiapas (MX), Secretaría General de Gobierno. Ley para la prevención y atención del desplazamiento interno en el Estado de Chiapas. Decreto N° 158. *Periódico Oficial*. 22 feb 2012 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: <http://forodfi.cndh.org.mx/Content/doc/Normativo/Ley-DPI-Chiapas.pdf>
91. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley general de Víctimas. México. 9 jan 2013. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 2013. Disponible en: <http://www.pgr.gob.mx/Fiscalias/feadle/Documents/LEY%20GENERAL%20DE%20V%C3%8DCTIMAS.pdf>
92. Prieto Rodríguez A. Salud mental: situación y tendencias. *Rev Salud Publica*. 2002 [citado 16 jul 2016];4(1):74-88. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v4n1/v4n1a05.pdf>
93. Arriola Gordillo M. Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la ley de la comisión nacional de los derechos humanos. México (DF): Senado de la República; 2014 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: [http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2014/03/asun\\_3081717\\_20140313\\_1394723951.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2014/03/asun_3081717_20140313_1394723951.pdf)
94. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2007: un porvenir más seguro. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI. Ginebra: OMS; 2007 [citado 16 jul 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1)
95. Galambos C, Rocha C, McCarter AK, Chansuthus D. Managed care and mental health: personal realities. *J Health Soc Policy*. 2004;20(1):1-22. [https://doi.org/10.1300/J045v20n01\\_01](https://doi.org/10.1300/J045v20n01_01)

---

**Contribución de los Autores:** Concepción, planificación análisis, interpretación y redacción del artículo: MBDG. Interpretación y redacción del artículo: SMCH. Interpretación y revisión crítica del artículo: MRR. Revisión crítica del artículo: AA. Búsqueda bibliográfica y organización de la información: JDG. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito y asumen la responsabilidad pública por su contenido.

**Conflicto de Intereses:** Los autores declaran no haber conflicto de intereses.