

La salud como derecho en el postconflicto colombiano

Health as a right in Colombia's post-conflict period

César García-Balaguera

Recibido 16 septiembre 2017 / Enviado para modificación 24 agosto 2018 / Aceptado 20 noviembre 2018

CG: MD. Ph. D. Salud Pública. M. Sc. Salud Sexual y Reproductiva. M. Sc. Epidemiología. Esp. Salud Ocupacional. Esp. Docencia Universitaria. Docente, Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia. Villavicencio, Colombia. cesar.garcia@campusucc.edu.co

RESUMEN

Objetivo Explorar los elementos que se deben considerar en las zonas de post-conflicto para garantizar el derecho a la salud de las poblaciones inmersas o vecinas a las zonas de concentración de los excombatientes.

Materiales y Métodos Se realizó un estudio retrospectivo, mediante búsqueda en bases de datos, obteniendo 26 artículos pertinentes.

Resultados Mediante la revisión documental se evidenció que no solo es importante el marco legal o normativo, se deben incluir las necesidades e intereses de las personas de la comunidad, tanto de la población civil como de las víctimas de la guerra, el derecho a la salud en estas zonas implica también ejercicios de poder, de diálogo de saberes, de perdón, no repetición y de respeto, se debe ofertar servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación basados en la estrategia de atención primaria en salud, es decir adaptados a las realidades culturales, los entornos y los querer de las comunidades.

Conclusiones El reto es cómo dentro de un débil sistema de salud tanto en lo financiero, administrativo y técnico eso pueda ser posible. Se proponen los elementos básicos multidimensionales en el ámbito de la atención primaria en salud, para afrontar este reto de la salud pública colombiana.

Palabras Clave: Conflictos armados; guerra; derecho a la salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To explore the elements that should be considered in post-conflict zones to guarantee the right to health of populations immersed or living in areas near the concentrations of former combatants.

Materials and Methods A retrospective study was carried out by searching databases, obtaining 26 relevant articles.

Results The literature review made evident that not only the legal or normative framework is important, but also the needs and interests of the people of the community, of both the civilian population and the victims of war. The right to health in these areas also involves the exercise of power, of dialogue of knowledge, forgiveness, non-repetition and respect. In addition, health promotion and disease prevention services, treatment and rehabilitation based on the primary care strategy should be offered, that is, they should be adapted to the cultural realities, the environments and the interests of the communities.

Conclusions The challenge lies in the way how these goals can be achieved within a context of a weak health system, in financial, administrative and technical terms. Basic multidimensional elements in the field of primary health care are proposed to face this challenge for the Colombian public health.

Key Words: Armed conflict; war; right to health (*source: MeSH, NLM*).

Colombia ha sido el país con el más largo conflicto armado del continente americano, por más de 50 años su población ha presenciado el horror de la guerra con todas sus consecuencias, y proveniente de diferentes grupos y motivaciones, en 2016 luego de un largo y complejo proceso de negociación se llegó al acuerdo de cese del conflicto con la guerrilla de las Fuerzas Armadas revolucionarias de Colombia Ejército del Pueblo FARC-EP.

Como parte de este acuerdo se determinaron 23 Zonas Veredales Transitorias de Normalización (ZVTN) y ocho campamentos para los combatientes en vía de desarme y los ya desarmados, a fin de iniciar el proceso de preparación para la reincorporación a la vida civil de las estructuras de las FARC-EP en lo económico, lo político y lo social (1), se establece también que el Gobierno Nacional en acuerdo con las FARC-EP pone en marcha medidas y actividades preparatorias para la reincorporación y otras actividades necesarias para facilitar el tránsito a la legalidad de las FARC-EP y para garantizar el bienestar en las ZVTN, que pueden incluir entre otras, atención en salud, jornadas de cedulação y demás actividades de preparación para la reincorporación.

Se especifica en el mismo acuerdo que «La reincorporación a la vida civil será un proceso de carácter integral y sostenible, excepcional y transitorio, que considerará los intereses de la comunidad de las FARC-EP en proceso de reincorporación, de sus integrantes y sus familias, orientado al fortalecimiento del tejido social en los territorios, a la convivencia y la reconciliación entre quienes los habitan; asimismo, al despliegue y el desarrollo de la actividad productiva y de la democracia local. El proceso de reincorporación tendrá en todos sus componentes un enfoque diferencial y perspectiva de género, con énfasis en los derechos de las mujeres». De igual manera integra a los combatientes a la seguridad social así, «...Las sumas correspondientes a los pagos por concepto de seguridad social en salud y pensiones de acuerdo con la normatividad vigente para quienes no se encuentren vinculados a actividades remuneradas, serán garantizadas por el Gobierno Nacional, quien constituirá un encargo fiduciario para la realización de los pagos durante 24 meses. Además, se asesorará a sus integrantes en la selección de las instituciones de seguridad social prestadoras de estos servicios».

El acuerdo incluye dentro de la Reforma rural integral, unos Planes sectoriales que implican la intervención de los determinantes sociales de la salud, en vías, en comunicaciones, servicios públicos, seguridad alimentaria, distritos de riego, educación y salud, en salud específicamente evidencian la necesidad de fortalecer la cobertura y calidad de la red pública en zonas rurales. Complementariamente se garantiza la participación

política y la participación ciudadana, con elementos de planeación participativa, veedurías ciudadanas y garantías para la movilización y protesta social. Respecto al problema del cultivo y tráfico de sustancias ilícitas, se indica en el acuerdo la necesidad de abordarlo como un problema de salud pública, con intervenciones integrales de prevención y rehabilitación. Se establece la obligación del estado de diseñar un plan de salud rural que dé respuestas efectivas, oportunas y de calidad a las necesidades de salud de la población.

Lo anterior, representa el reto para el sistema de salud colombiano, establecer una Plan de atención en salud integral para esta población, el objetivo de esta investigación es la búsqueda de experiencias, conceptos y estrategias que permitan aportar elementos para garantizar el derecho a la salud de la población combatiente y de la población víctima del conflicto armado en Colombia. La pregunta de investigación es si dentro del actual contexto del sistema de salud colombiano: ¿Se puede garantizar el derecho a la salud de los excombatientes y los habitantes de las zonas del postconflicto?, ¿Se puede cumplir con los compromisos en salud asumidos por el estado en el acuerdo de paz?

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante una revisión documental, consulta en bases de datos y búsqueda en internet durante los meses de marzo y abril de 2017, se usaron las palabras clave en español salud, postconflicto, paz en redyalic se obtuvieron 145 artículos. La búsqueda en inglés mediante las palabras clave War, Impact, Health, Making peace; en Pub Med, se obtuvieron 359 artículos. Se realizó la consulta documental, contraste de la información y análisis histórico (2). Se seleccionaron 32 estudios con alta pertinencia al tema (3), con los cuales se estructura el análisis histórico y la propuesta de intervención.

Se trata de una investigación sin riesgo, de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993. Se establecieron los antecedentes históricos relevantes, las características de procesos exitosos previos, las dificultades encontradas y dentro del contexto del sistema de salud y la normatividad de Colombia se realiza la propuesta de intervención.

RESULTADOS

Se seleccionaron 32 artículos, que abordaban el tema de la asistencia en salud en tiempos de postconflicto y las consecuencias de la guerra en la salud de las poblaciones, con base en los cuales se realizó el contraste de la información y se estructuraron los diferentes tópicos.

Antecedentes históricos

Los procesos de paz en el mundo no son procesos nuevos, asumimos la construcción de este concepto desde la definición de proceso de paz «Un proceso de paz es un esfuerzo para lograr un acuerdo que ponga fin a la violencia, así como para implementarlo, mediante negociaciones que pueden requerir la mediación de terceros» (4).

Para efectos de esta revisión se estudió el proceso de paz en Irlanda, Guatemala, Salvador y Angola, a fin de buscar contrastes, aproximaciones y resultados frente al derecho a la salud en diferentes contextos.

Irlanda del norte; proceso que culminó con la integración a la vida política de los alzados en armas Ejército Republicano Irlandés (IRA), en donde se les garantizó el acceso a la salud dentro de un esquema de integración y no requirió espacios diferentes de atención a los ya establecidos dentro del sistema de salud irlandés, proceso que concluyó en 1998 luego de 21 meses de dialogo, con el acuerdo del viernes santo, esta negociación trabajó sobre la base del consenso y teniendo como principio la inclusión de las minorías (5).

Guatemala; los acuerdos de paz en éste país, se compone de una docena de acuerdos que fueron suscritos por el Gobierno de la República de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG-, entre 1991 y 1996, a fin alcanzar solución a un conflicto complejo y de larga data, buscando consensos a los problemas que generó el Conflicto Armado Interno, pusieron fin a la guerra y decretaron la paz entre el Ejército de Guatemala y la insurgencia armada, un conflicto que azotó al país durante más de tres décadas.

La firma del acuerdo definitivo se selló el 29 de diciembre de 1996 en el Palacio Nacional de la Cultura. El conflicto inició en 1960 y afectó 250 000 ciudadanos entre muertos y desaparecidos (6), allí a pesar de tener un proceso participativo que incluyó de forma especial los derechos de los pueblos indígenas y la no repetición, en cuanto al derecho a la salud se acordó garantizar el acceso a la salud mediante el sistema nacional de salud, dentro de un proceso centralizado y respetando la cultura tradicional indígena de prácticas curativas milenarias. Sin embargo, no se realizaron las intervenciones requeridas frente a los determinantes sociales de la salud con lo cual el país se encuentra en un estado de crisis social y económica, El informe de caso revela que para 2015, es el país de Centroamérica con mayor rezago en educación, con un nivel de 5,6 años. Cinco de cada diez niños y niñas menores de cinco años padece de desnutrición crónica (49.8%). Guatemala es uno de los países más violentos del planeta con un promedio de 16 muertes violentas diarias. La falta de políticas públicas a favor de la niñez y juventud, la po-

breza y pobreza extrema, ha obligado a cientos de jóvenes, incluyendo niñas y mujeres, a integrar las maras o pandillas, buscando una alternativa para sobrevivir.

El Salvador; el 16 de enero de 1992, se firmó el Acuerdo de Paz entre el gobierno de El Salvador y el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN), con la mediación de las Naciones Unidas (ONU). Los Acuerdos de Paz ponen fin a un conflicto armado de doce años en El Salvador, que tuvo un costo humano de aproximadamente 70 000-80 000 víctimas-civiles y militares- y varios miles de desaparecidos. El conflicto armado en El Salvador había llegado a un nivel donde ninguna de las fuerzas protagonistas tenía la capacidad de imponerse ó ganar la guerra por la vía militar. A nivel interno los distintos actores políticos, económicos, sociales y religiosos consideraban la necesidad de una salida político- negociada al estado de confrontación militar (7,8), luego de 25 años el país sigue con una violencia importante registrando 103 muertes por cada 100 000 habitantes en 2015, la inclusión del enfoque diferencial en las políticas en especial frente a tierras, LGTBI, indígenas y mujeres, fue un importante avance, sin embargo, aún persisten graves problemas de impunidad, acceso inequitativo a salud y desempleo (9,10).

Angola; la guerra civil de Angola (1975-2002) es el conflicto más largo de África. Se vivió como una secuela de la Guerra de la Independencia de Angola de Portugal, de 1961 a 1974, y seguido del proceso de descolonización, de 1974 a 1975, que agudizó y amplificó este conflicto.

El conflicto de Angola enfrentó al gobierno del MPLA y sus aliados de Cuba y la Organización Popular del Suroeste de África (SWAPO), que luchaba por la independencia de Namibia, contra Unión Nacional para la Independencia Total de Angola (UNITA), el Frente Nacional para la Liberación de Angola (FNLA), Sudáfrica y Zaire. Los primeros recibieron apoyo soviético y los segundos de Estados Unidos e Israel, teniendo un nuevo escenario para la guerra fría (11). A pesar del desarrollo de elecciones democráticas y un mejoramiento del Producto interno Bruto PIB, Angola es un país con profundas desigualdades que en el caso de salud muestran indicadores de alta mortalidad materno perinatal y por enfermedades infecciosas y parasitarias, lo que evidencia que la paz no trajo consigo intervenciones en los determinantes sociales de la salud.

Efectos de la guerra sobre la salud de las poblaciones

En 1996 la ONU presenta el informe sobre «Las repercusiones de la guerra en los Niños» conocido como el informe Machel (12), en ella se describe «...Los conflictos armados en las comunidades y entre ellas ocasionan niveles masivos de destrucción, tanto física como humana, moral y cultural. La trama de la sociedad -sus hogares, escuelas, sistemas

de salud e instituciones religiosas- queda totalmente destruida. La guerra viola todos los derechos del niño: el derecho a la vida, el derecho a estar con su familia y con su comunidad, el derecho a la salud, el derecho al desarrollo de la personalidad y el derecho a ser formado y protegido...».

Como se evidencia en este informe el daño sobre la salud de las poblaciones inmersas en la guerra es multi-dimensional, no hay un aspecto de la vida cotidiana que no se vea afectado y que no ocasione secuelas de todo tipo a mediano y largo plazo, y más aún cuando no se dan garantías de protección, reparación, apoyo y sobre todo de no repetición.

La guerra tiene especial impacto en las poblaciones más vulnerables como la infancia, las mujeres y las poblaciones minoritarias como los afrodescendientes y los indígenas, aspectos que se deben tener en cuenta al momento de contemplar intervenciones en la salud de poblaciones afectadas por la guerra (13-15).

DISCUSIÓN

Experiencias en la implementación de asistencia sanitaria en postconflicto

En Irlanda el sistema de salud proviene del informe Beveridge, financiado con impuestos y controlado por el parlamento, es centralizado y tiene dos tipos de acceso, los

que tienen bajos recursos reciben una afiliación que les permite acceso al sistema de salud en forma gratuita, los que tienen ingresos reciben un apoyo parcial del estado y el resto lo pagan de sus ingresos, es decir es costo compartido, quienes se integraron en el proceso de paz, se les evaluó su nivel de ingreso y se incorporaron al sistema según la clasificación que obtuvieron. Tienen una gran fortaleza en programas de medicina preventiva y atención con médicos familiares (Tabla 1).

En Guatemala el sistema de salud depende del ministerio de salud, se financia con impuestos y cubre un 70% de la población (Beveridge), y un 16% está cubierto mediante el instituto de seguros sociales financiado mediante cotizaciones obrero patronales (Bismark), es un sistema muy limitado, segmentado y fragmentado, no hay comunicación ni integración entre los diferentes niveles de atención y hay diferentes tipos de aseguramiento y financiación, donde el pago de bolsillo es muy alto para toda la población. Sus indicadores de mortalidad infantil y materna, violencia y tasas de homicidios mayores al promedio americano; los excombatientes tienen las mismas limitaciones en el acceso que la demás población y es mayor aun en zonas rurales. Los acuerdos de paz poco cambiaron este panorama (16). Las afectaciones como secuela de la violencia política son muy importantes en mujeres y niños, sin tener programas de atención con enfoque diferencial (17,18) (Tabla 1).

Tabla 1. Indicadores de Salud en países con procesos de paz

Año	Irlanda		Guatemala		Salvador		Angola		Colombia	
	1990	2012	1990	2012	1990	2012	1990	2012	1990	2012
Esperanza de vida	75	81	62	72	65	72	43	51	71	79
Tasa mortalidad menores de 5 años x 1 000 NV	9	4	80	32	59	16	213	164	35	18
Razón de mortalidad materna x 100 000 NV	6	9	270	140	110	69	1400	460	100	83
(%) inmunización sarampión	78	92	68	93	98	93	38	97	82	94
Agua potable (%)	100	100	81	94	75	90	46	54	88	91
Médicos por 10 000 habitantes		27.2		9.3		16		1.7		14.7
Gasto en salud del PIB %	6.1	8.8	5.6	6.7	8.1	6.8	3.4	3.4	5.9	6.5
Tasa bruta de natalidad x 1 000 hab.		15.6		31.4		20.2		44.8		19.1
(%) población que vive con menos de 1 dólar día		0		13.5		9		43.4		8.2
Población total 2 012 millones de habitantes		4.6		15		6.3		20.8		47.7

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2014)

En El Salvador el sistema de salud es mixto, el 80% de la población se cubre mediante un sistema nacional de salud financiado por impuestos, manejado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, aunque en realidad cubre bien menos el 40% de la población, el Instituto salvadoreño de Seguridad Social se financia mediante cotizaciones obrero patronales y fondos del gobierno (Bismark) y cubre el 24% de la población (19); como producto del

proceso de paz de 1992, se genera una política de cambios en el sector salud, entre ellos la estructura de un sistema nacional de salud con afiliados y subsidiados, bajo la rectoría del Ministerio y la operatividad de seguro social, sin embargo se incentiva el funcionamiento de prestadores privados, en el 2007 se promulga una Ley que crea un nuevo sistema de salud, basado en medicina familiar, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, basa-

do en equipos integrales comunitarios en salud, como se trata de un proceso esta se encuentra en camino de reglamentarse, en tanto los indicadores de salud han mostrado una mejora importante, y la participación en las reformas del sector reinsertado a la vida civil ha sido muy activo. Se ha generado un proceso participativo con la comunidad y los excombatientes con enfoque diferencial y basado en atención primaria, que ha permitido intervenir las secuelas de la violencia en forma multidimensional, aunque con las limitaciones propias de un país con limitados recursos económicos (20-22) (Tabla 1).

En Angola, el sistema de salud es herencia de la colonización Portuguesa, tipo Sistema nacional de Salud (Beveridge), se financia con impuestos, y en teoría es universal y gratuito, sin embargo, su cobertura es muy baja y hay zonas sin atención en especial las áreas rurales, para el fin de la guerra la infraestructura de salud estaba seriamente afectada, se estima que a finales de 2002, el 12% de los hospitales, el 11% de los centros de salud y el 85% de los puestos de salud no estaban en funcionamiento debido a la destrucción o grave deterioro de la infraestructura física, la falta de personal y la falta de equipamiento básico.

En el 2005, el acceso a la asistencia médica se limitaba al 30% - 40% de la población, dejando el 60% o más sin acceso a asistencia médica. Debido a la escasez de clínicas, la mayoría de las personas se ven obligadas a caminar largas distancias para llegar a un sitio con asistencia sanitaria. El daño también se produjo en zonas rurales, limitando aún más el acceso y favoreciendo el proceso de urbanización, la baja financiación del sector de la salud ha agravado el problema de la creación y reconstrucción de la infraestructura del sistema de salud pública después de la guerra civil. En el 2002, el sector de la salud representó solo el 1,8% del PIB. Aunque las inversiones en la salud siguen siendo insuficientes, hubo un aumento significativo y, en 2009, el gasto en salud fue de hasta el 4.1% del PIB, los niveles de calidad en la atención son malos y sólo el 40% de la población usa los servicios públicos de salud, 21% a servicios gratuitos y 26% servicios privados. Hay además limitaciones en la movilización por la cantidad de minas en zonas rurales y por la escasez de profesionales en el país, la gobernanza es muy limitada y la confianza en el sistema de salud es muy baja (23) de tal manera los retos en salud en postconflicto están vigentes (24-26) (Tabla 1).

Analizando la evidencia encontrada, se puede afirmar que el impacto de los procesos de paz en los indicadores de salud son positivos, ampliando la esperanza de vida, disminuyendo la mortalidad infantil y materna, y logrando mayor cobertura en vacunación, sin contar con los efectos no medidos sobre la salud mental, la sensación de seguridad, la inversión de recursos en bienestar social e

infraestructura, que mejoran la calidad de vida de la población (Tabla 1).

Situación en Colombia

En la revisión se evidencia que en términos generales, para el éxito de los procesos de paz se debería dar prioridad a la desmovilización y desmilitarización de combatientes, a la garantía de seguridad con reformas policiales y judiciales, garantizar seguridad social integral y al fortalecimiento de organizaciones de derechos humanos y de reconciliación (27); de igual manera estos autores especifican barreras de éxito, en la falta de inclusión de la sociedad civil en el proceso de negociación de la paz y la falta de inversiones directas en sistemas de salud pública en la posguerra.

Los efectos directos del conflicto tales como mutilaciones, discapacidad, alteraciones físicas, mentales y psicológicas. (28,30). La violencia también tiene consecuencias físicas, sociales y psicológicas a largo plazo que no se extinguen con el fin del conflicto y, en ese sentido, este análisis identifica que las inversiones en la salud pública son capaces de generar, a un costo relativamente bajo, un desarrollo exitoso de estructuras de derechos humanos y de la democracia (31). Además, implementadas antes, inmediatamente después de la guerra, estas inversiones en la salud pública son más eficaces, más baratas y fortalecen el Estado distribuyendo la riqueza.

Con base a lo anterior, se puede afirmar que la implementación de sistemas de salud pública en zonas de postconflicto debe ser una prioridad, para garantizar el derecho fundamental a la salud, aliviando el sufrimiento acumulado en la población, generando así el capital humano necesario para garantizar el desarrollo humano, político y social de las zonas afectadas por la violencia. Así mismo debe cubrir a toda la población de la zona afectada por el conflicto, hayan sido combatientes o no, pero con enfoque diferencial (32).

La implementación de un sistema de salud rural para el postconflicto en Colombia requiere una gran voluntad política y la disposición de los recursos financieros necesarios, debe estar integrado al sistema de salud y al plan de beneficios existente, además amparado en la legislación y normatividad del país y basado la Atención Primaria en Salud (APS), como lo establece la Ley 1438 de 2011, sin embargo, pese a lo ordenado en la Ley esto no se ha implementado en las grandes ciudades y tiene grandes debilidades en el financiamiento, oportunidad y calidad de la atención, se sigue con un enfoque curativo sin asumir el reto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como política permanente. La participación social y comunitaria, con diagnóstico comunitario de base, definición de prioridades comunitarias en salud

en consenso con el sistema local (Municipal) o Regional (Departamental) de salud; pese a estar contemplados en los acuerdos de paz, no se han desarrollado, no arranca el sistema de salud rural y éste no ha consultado en forma plena a las comunidades, las aseguradoras no han asumiendo el compromiso requerido (33).

La prestación básica se debe apoyar en equipos básicos de salud y medicina familiar, aplicando las Rutas integrales de atención definidas por el Ministerio de Salud y las Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, donde sea pertinente involucrar la medicina tradicional y ancestral; estos aún no se implementan y no hay garantía de redes que integren la red básica de prestación y las redes complementarias en zonas rurales y aún es muy incipiente en zonas urbanas, no hay cobertura, oportunidad ni calidad en la zona rural. No hay un desarrollo de sistemas de información en salud de base comunitaria, que permitan el monitoreo de los indicadores de salud, demográficos, poblacionales, etc, a fin de tener insumos para realizar ajustes oportunos y generar mejor costo eficiencia en el proceso de reconstrucción del tejido social y de desarrollo humano.

Las realidades de la guerra son las secuelas de dolor y de desintegración social que dejan (32), pero también las oportunidades que se abren para reconstruir el tejido social, la confianza en sí mismos y en la población que rodea a las víctimas, al reconocimiento del victimario como parte del proceso de reconciliación como un paso al perdón y a la reparación, un sistema de salud rural debe intervenir los determinantes sociales de la salud y proveer servicios de salud integrales e integrados, con planeación y participación comunitaria. Colombia en el momento, no tiene la voluntad política, ni la capacidad institucional suficientemente desarrollados para responder al desafío de salud en el postconflicto, como fundamento para la resiliencia y la preservación de la paz ♣

Conflicto de intereses: La institución financiadora Universidad Cooperativa de Colombia no ha influido en el desarrollo de la investigación ni ella ni el investigador tienen intereses en su ejecución y conclusiones.

REFERENCIAS

1. Presidencia de la República de Colombia. Para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera. [Internet] República de Colombia. 2016. [Citado septiembre 13 de 2017] Disponible en: <http://bit.ly/2EoN0io>.
2. Ekman, E. La documentación en investigación educativa. Enciclopedia Internacional de la Educación 1989; vol. 3, págs. 1482-85.
3. Lorenzo Rodríguez, A, Martínez Piñeiro, AB, Martínez Piñeiro, E. Fuentes de información en investigación socioeducativa. [Internet] RELIEVE. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa. 2004; 10(2):117-134. [Citado septiembre 13 de 2017] Disponible en: <http://bit.ly/2WcPzOT>.
4. Vicenç, F. Introducción a los procesos de paz. [Internet] (E. d. Pau, Ed.) Barcelona, Cataluña: Escola de Cultura de Pau. 2010 [Citado abril 28 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2woVXnE>.
5. Gonzalez, R. Análisis del proceso de paz en Irlanda del Norte. [Internet] Universidad Católica de Colombia- Università Degli Studi di Salerno. 2015. [Citado mayo 9 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2JsR59q>.
6. Guatemala, U. R. Acuerdos de paz de Guatemala. Guatemala: Universidad Rafael Landívar & Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala (Eds.). Acuerdos de paz (2a. ed.). [Internet] Universidad Rafael Landívar y Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala. 2007. [Citado mayo 9 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2EpbY1n>.
7. Ugalde, A. Conflict and health: The health costs of war: can they be measured? Lessons from El Salvador. *BMJ* 2000, 321(7254):169.
8. Morales, M. Interpretación académica del proceso de negociación política en El Salvador, a 13 años de la firma de los acuerdos de paz: 1992-2004. [Internet] Avizora 2004. [Citado mayo 18 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2YzszZc>.
9. Silber, I. Mothers/Fighters/Citizens: Violence and Disillusionment in Post War El Salvador. *Gender & History* 2004, 16(3), 561-587.
10. Wood, E. Forging democracy from below: Insurgent transitions in South Africa and El Salvador. [Internet] Cambridge University Press 2000. [Citado mayo 25 de 2017]. Disponible en <http://bit.ly/2LWU0cy>.
11. Caranci, C. Angola: termina la guerra de Savimbi el irreductible. [Internet] (A. Ediciones, Ed.) La aventura de la Historia 2002. (44): 18-24. [Citado mayo 27 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2M1KoNV>.
12. Organización Mundial de la Salud OMS. Las repercusiones de los conflictos armados sobre los niños. Resolución 48/157 OMS. [Internet] Washington: OMS 1996. [Citado junio 9 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/30z70sd>.
13. Sousa, C. A. Individual and Collective Dimensions of Resilience With in Political Violence. [Internet] *Trauma, violence & abuse* 2013, vol 14, issue 3, pp 235-254. [Citado junio 9 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2VVUoN2>.
14. Cummings, E. Children and Political Violence from a Social Ecological Perspective: Implications from Research on Children and Families in Northern Ireland. [Internet]. *Clinical Child and Family and Psychology Review* 2009, 12 (1) pp 16-38. [Citado junio 9 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2VZKt9u>.
15. Cummings, E. Bidirectional Pathways Between Exposure to Political Violence and Adolescent Adjustment in Northern Ireland. [Internet] *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2017, (20): 1-10. [Citado junio 15 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2MaiZtg>.
16. Avila, C. R. Guatemala, Análisis del Sistema de Salud. [Internet] Guatemala: USAID 2015. [Citado julio 9 de 2017] Disponible en: <http://bit.ly/2wcCWEY>.
17. Herrera W. Mental disorders and the internal armed conflict in Guatemala. [Internet]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005. Jul-Aug; 33(4):238-43. [Citado julio 10 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2JVZvFZ>.
18. Zur J. The psychosocial effects of "La Violencia" on widows of El Quiché, Guatemala. [Internet]. *Focus Gend*. 1993. Jun; 1(2):27-30. [Citado julio 10 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/30wHDao>.
19. Acosta, M. S. Sistema de salud de El Salvador. [Internet]. *Salud Pública de México* 2011. 53(Supl. 2), 188-196. [Citado julio 13 de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2HHmMsp>.
20. Organización Panamericana de la Salud OPS. El Salvador en el camino hacia la cobertura universal de salud: Logros y desafíos. [Internet]. San Salvador: OPS 2014. [Citado julio 13 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2EoujeV>.
21. Farias P. Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample. [Internet]. *Cult Med Psychiatry* 1991, Jun; 15(2):167-92. [Citado junio 11 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2QenBgh>.

22. Hume, M. The myths of violence: gender, conflict, and community in El Salvador. [Internet]. *Latin American Perspectives* 2008, 35(5), 59-76. [Citado julio 11 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2VTPXm6>.
23. Banco Mundial. *World Development Indicators* 2011. New York. [Internet]. WB 2011. [Citado junio 10 de 2017] Disponible en: <http://bit.ly/2YHdGOy>.
24. Djimeu, E. The impact of social action funds on child health in a conflict affected country: evidence from Angola. [Internet]. *Soc Sci Med* 2014. Apr;106:35-42. [Citado julio 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2Qgo8ya>.
25. Avogo, W. A. Forced migration and child health and mortality in Angola. [Internet]. *Soc Sci Med* 2010. Jan; 70(1):53-60. [Citado julio 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2Wg3raT>.
26. Agadjanian, V. P. Civil war and child health: regional and ethnic dimensions of child immunization and malnutrition in Angola. [Internet]. *Soc Sci Med*. 2003. Jun; 56(12):2515-27. [Citado julio 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2w8G6cK>.
27. Stedman, S. R. Ending Civil Wars: The Implementation of Peace Agreements. [Internet]. The International Peace Academy 2002. [Citado junio 10 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2EmzfRu>.
28. Ertl, V. S. Drinking to ease the burden: a cross-sectional study on trauma, alcohol abuse and psychopathology in a post-conflict context. [Internet] *BMC Psychiatry* 2016, 16, 2002. [Citado en junio 10 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2HLJDTv>.
29. Saile, R. E. Children of the postwar years: A two-generational multi-level risk assessment of child psychopathology in northern Uganda. [Internet] *Development and Psychopathology* 2016, 28(2), 607-620. [Citado julio 18 de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2QgpgBU>.
30. Saile, R. E. Does war contribute to family violence against children? Findings from a two-generational multi-informant study in North. [Internet] *Child Abuse Negl.* 2014, Jan; 38(1):135-46. [Citado julio 19 de 2017] Disponible en: <http://bit.ly/2WVMlwl>.
31. Betancourt, T. M.-O. Interventions for children affected by war: An ecological perspective on psychosocial support and mental health care. [Internet]. *Harvard Review of Psychiatry*. 2013. 21, 3-8. [Citado julio 18 de 2017] Disponible en: <http://bit.ly/30BD8eM>.
32. Urdinola, BP. La guerra no es saludable. Violencia política y sus efectos en la salud infantil en Colombia. [Internet] *Rev. Salud Pública (Bogotá)* 20(3):326-33, [Citado el 21 de abril de 2019] Disponible en: <http://bit.ly/2EnFCnF>.
33. Cepeda-Rodríguez, E. H., Pérez-Niño, W. F. Derechos sociales y justicia transicional: experiencias internacionales y el caso colombiano. [Internet] *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 64(235): 77-107, 2019. [Citado 22 de abril 2019] Disponible en: <http://bit.ly/2JxOFXj>.