MI VIDA: ANTES Y DESPUÉS DE ESE DÍA.
EL ACCIDENTE POR MINAS ANTIPERSONAL (MAP), MUNICIÓN SIN EXPLOTAR (MUSE) Y ARTEFACTOS EXPLOSIVOS IMPROVISADOS (AEI) SU ATENCIÓN Y LA GESTIÓN

JUAN CAMILO GARCÍA BOTERO
ZOE MIREYA VELÁSQUEZ MONTOYA

Situación de Salud
El papel del personal de salud frente al conflicto armado

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE IPS
MEDELLÍN
2011

MI VIDA: ANTES Y DESPUÉS DE ESE DÍA.
EL ACCIDENTE POR MINAS ANTIPERSONAL (MAP), MUNICIÓN SIN EXPLOTAR (MUSE) Y ARTEFACTOS EXPLOSIVOS IMPROVISADOS (AEI) SU ATENCIÓN Y LA GESTIÓN

JUAN CAMILO GARCÍA BOTERO
ZOE MIREYA VELÁSQUEZ MONTOYA

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Gerencia de IPS

Asesora
MARIA EUGENIA JARAMILLO LONDOÑO
MÉDICA Y CIRUJANO
MAGISTER EN EDUCACION Y DESARROLLO HUMANO

Situación de Salud
El papel del personal de salud frente al conflicto armado

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE IPS
MEDELLÍN
2011

Nota de aceptación

_____

_____

_____

Firma

Nombre:

Presidente del jurado

_____

Firma

Nombre:

Jurado

_____

Firma

Nombre:

Jurado

Medellín, 10 de Noviembre de 2011

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	7
SUMMARY	9
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2 JUSTIFICACIÓN	11
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
2. MARCO TEÓRICO: CONTEXTO GENERAL	14
2.1 MINAS ANTIPERSONAL (MAP)	14
2.2 LA SITUACIÓN DE LAS MINAS EN EL MUNDO	18
2.3 SITUACIÓN DE MAP EN COLOMBIA	21
2.4 ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL	30
2.4.1 Los 5 pilares básicos de la Acción Integral Contra Minas.	31
2.5 RUTA DE ATENCIÓN	32
2.5.1 Etapa I: Atención prehospitalaria.	34
2.5.2 Etapa II: Atención de urgencias- hospitalaria.	36
2.5.3 Etapa III: Rehabilitación médica, física y psicológica.	39
2.5.4 Etapa IV: Atención médica, física y psicológica continuada.	40
2.5.5 Etapa V: Reintegración psicosocial, escolar y laboral.	41
3. OBJETIVOS	42
3.1 OBJETIVO GENERAL	42
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
4. METODOLOGÍA	43
4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO	43

4.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA 43
4.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN 43
4.4 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS 44

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS 45

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 46

7. CONCLUSIONES 66

BIBLIOGRAFÍA 68

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1. Diferentes tipos de minas 17
Figura 2. Situación nacional víctimas de minas antipersonal en Colombia 21
Figura 3. Frecuencia de eventos por Departamento. 22
Figura 4. Frecuencia de víctimas por departamento. 23
Figura 5. Víctimas de Antioquia con relación a Colombia (1990- Mayo 2011). 26
Figura 6. Los diez municipios más afectados en Antioquia. 27
Figura 7. Ruta de atención integral a víctimas de MAP, MUSE, AEI. Etapa I. 34
Figura 8. Ruta de atención integral a víctimas de MAP, MUSE, AEI. Etapa II. 36
Figura 9. Ruta de atención integral a víctimas de MAP, MUSE, AEI. Etapa III. 39
Figura 10. Ruta de atención integral a víctimas de MAP, MUSE, AEI. Etapa IV. 40
Figura 11. Ruta de atención integral a víctimas de MAP, MUSE, AEI. Etapa V. 41

RESUMEN

Objetivo: El propósito de este estudio es ilustrar e interpretar la afectación o el impacto en la vida a través de los relatos de sus experiencias de algunas personas que se han topado con MAP, teniendo como eje fundamental la ruta de atención propuesta por el gobierno.

Metodología: el estudio se hizo con un abordaje metodológico cualitativo fenomenológico. Como técnicas para recolectar la información se utilizaron la entrevista semiestructurada a tres participantes hombres adultos (una víctima de MAP, un médico asistencial y un gerente de hospital público) y la observación durante la misma.

Resultados: el fenómeno de encontrarse con una MAP, transforma la vida de personas de la población civil, personal de salud asistencial y administrativo, dejando marcas imborrables tan intensas y profundas como las heridas físicas, psicológicas y emocionales que permanecerán por siempre.

Conclusiones: es evidente la transformación en el curso de vida, no solo de las víctimas de MAP, a quienes abruptamente les cambia su existencia, también en la vida del personal de salud que ha trabajado con víctimas de MAP, quienes movidos por esta problemática configuran su quehacer profesional de manera diferente en comparación con otros profesionales de la salud. Por lo anterior, consideramos necesario, sensibilizar y concientizar la comunidad en general y en especial al personal de salud de que la problemática por MAP, nos incluye a todos para poder unificar esfuerzos y trabajar de manera articulada buscando soluciones y resultados de mayor impacto.

Palabras clave: Accidentes por MAP, Colombia, Investigación cualitativa, Minas antipersonal, Personal de salud, Víctimas.

SUMMARY

Objective: The purpose of this study is to illustrate and interpret the effect or impact on life through the stories of their experiences of some people who have met with MAP, with the central axis of the route proposed by the government care.

Methodology: The study was a phenomenological qualitative methodological approach. As techniques for collecting the information is used semi-structured interview participants to three adult males (a victim of MAP, an attending physician and a public hospital manager) and the observation for the same.

Results: the phenomenon of encountering a MAP, transforms the lives of people in the civilian population, health workers and administrative assistance, leaving indelible marks and deep as intense as physical wounds, psychological and emotional issues that will remain forever.

Conclusions: the transformation is evident in the course of life, not just victims of MAP, who abruptly changes their existence, including the life of health staff has worked with victims of MAP, who, moved by this problem set their professional work differently than other health professionals. Therefore, we consider it necessary, raise awareness and sensitize the community in general and especially to health workers that the issue of MAP, includes all of us to join forces and work for solutions and results articulated with greater impact.

Keywords: Accidents MAP, Colombia, Qualitative Research, Landmines, Personal Health, Victims.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La condición del conflicto armado en nuestro país, ha logrado desplazarse en gran medida hacia las poblaciones rurales y áreas alejadas, contaminando y transformando la realidad de esos sitios, es allí, donde se visualiza y se sienten las consecuencias reales, en comparación con el desconocimiento e incluso cierta indiferencia de quienes habitan en las ciudades, donde la problemática algunas veces toma matices diferentes debido a la misma dinámica de ciudad, en la cual las necesidades y prioridades son otras.

Es así como en Medellín, donde se encuentran centralizadas la mayoría de actividades de la ruta de atención de nuestro departamento y las víctimas por MAP se reúnen para participar de estas, siguen siendo intangibles para la mayoría de la población citadina, que solo se entera a través de los medios de comunicación. Sin embargo, si por alguna razón laboral o no, nos topamos con una víctima de MAP, MUSE Y AEI y somos tangibles de esa situación, en la que se mezclan sentimientos encontrados, ante la desmembración de un ser humano y la transformación completa de su realidad y la de su familia, posiblemente la vida de esas personas también se transforme debido a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que estos sucesos dejan y son esas sensaciones subjetivas las que nos motiva interpretar a través de esta investigación para conocer más de esta realidad.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La presencia de los conflictos es inherente al hombre y manifiesta la coexistencia de intereses e ideas divergentes entre los elementos que lo componen. Sin embargo, su desarrollo e impacto están determinados por la capacidad que tenga cada una de las partes para afrontar y perfeccionar los mecanismos apropiados para proveer soluciones no violentas a estas diferencias.

En la actualidad se ha reconocido el derecho a la diferencia y a la contradicción, pero algunas veces mal interpretando y abusando de este derecho se ha llegado a enfrentamientos violentos de los grupos sociales. Desafortunadamente las consecuencias dañinas de las confrontaciones armadas continúan extendiéndose progresivamente y con rapidez a un mayor número de sectores de la población en nuestro país. Es así que al adentrarnos en el conflicto armado interno colombiano, es indiscutible que por su naturaleza y magnitud se haría demasiado extenso escribir o disertar sobre él, y no es este el objetivo de este estudio. Pero bastara con decir, que a través de su evolución, ha tenido evidentes consecuencias negativas que afectan a la población civil, al país y a nuestra historia porque han sido múltiples las violaciones a los Derechos Humanos (DDHH) y al Derecho Internacional Humanitario (DIH). Causando no solo el exterminio físico de los combatientes sino además fenómenos como el desplazamiento, la desaparición forzada, el secuestro, entre otros. Aumentando el impacto negativo sobre la integridad física, psicológica, económica, ambiental y social de las personas y de las comunidades.

Es así, como las minas antipersonal se constituyen en un arma despiadada, no solamente por el horror en las consecuencias que trae su contacto, también por la utilización indiscriminada porque no solo no hacen distinción entre combatientes y no combatientes, sino que además causan daños innecesarios violando así el DIH.

"La contaminación del territorio con Minas Antipersonal y/o municiones sin explotar es una vulneración de los derechos fundamentales de los ciudadanos, como la vida y la libertad de movilidad; y un obstáculo para el desarrollo social y económico de las poblaciones afectadas"[1]

Es cierto que existe un interés generalizado por aliviar, disminuir y humanizar las formas de esos enfrentamientos. Es por esto, que la lucha contra las minas antipersonal ha movido entidades de toda índole, desde lo militar, pasando por lo político, lo económico, lo social, hasta encontrar su mayor apoyo en el campo humanitario, hallando eco con algunos países gestores hasta constituir importantes tratados que han impulsado el actuar de las diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales hacia la prohibición en la utilización de MAP, y la prevención en la accidentalidad con restos explosivos de guerra justificando todas las razones para su eventual eliminación.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del Estado Colombiano en abordar esta problemática, la situación en cuanto a los accidentes por minas antipersonal no deja de ser alarmante, desde el año 1990 hasta septiembre del año 2011 se han reportado un total de 9.532 víctimas[2], que en su mayoría provienen del área rural, limitando "falsamente" esta problemática y sus consecuencias a lugares lejanos de las ciudades capitales. Causando esto en una "invisibilización colectiva" y como consecuencia en algunos casos de la población citadina, la indiferencia. Adicional a esto, aun no ha sido posible desarrollar e implementar completa y correctamente programas y/o acciones integrales que garanticen los derechos

---

[1] REPÚBLICA DE COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. COMPES 3567 de 2009: política nacional de acción integral contra Minas Antipersonal (MAP), Municiones sin Explotar (MUSE) y Artefactos Explosivos Improvisados (AEI). [En línea]. Bogotá: El Autor, 2009. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes/3567.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

[2] PROGRAMA PRESIDENCIAL PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL. Víctimas minas antipersonal. [En línea]. Bogotá: El Autor, 2011. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Paginas/AICMA.aspx> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

mínimos que asisten a las víctimas y que les permitan la reintegración bio-psico-social.

Por lo tanto existe la necesidad de ilustrar e interpretar la transformación en la vida de algunas personas de la población civil, personal de salud asistencial y administrativo que se han topado con MAP, MUSE Y AEI y que han sido víctimas o han atendido a las víctimas de estos accidentes, como una estrategia para contribuir en la visibilización de las consecuencias, físicas, psicológicas, sociales y el proceso de integración a la vida cotidiana, teniendo como eje fundamental la ruta de atención a las víctimas propuesta por el gobierno, para que quienes tenga la oportunidad de leer este trabajo, se formen sus propias interpretaciones de esta realidad relatada por tres actores diferentes de la ruta y que le permita al lector hacerse participe de la necesidad de concientizar y hacer visible esta problemática ante toda la población colombiana y de ser posible disminuir la indiferencia de este flagelo por medio de una mirada aún más compleja y comprometida, con los que sobreviven todos los días a la tragedia de haber sido víctimas, pero que también deben vivir con la perversidad de los que aún las fabrican y utilizan y permanecen indiferentes ante la calamidad personal y social que generan y con la apatía de un pueblo que perdió la cuenta de las guerras vividas y, con ella, la capacidad de asombro y la necesidad de asumir la responsabilidad que tiene en la construcción del proyecto colectivo de país.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál ha sido el cambio en la vida, de víctimas por MAP, MUSE, AEI y del personal de salud asistencial y administrativo después del accidente, la atención y gestión?

2. MARCO TEÓRICO: CONTEXTO GENERAL

2.1 MINAS ANTIPERSONAL (MAP)

Para efectos de este trabajo y como manera de introducción a esta temática, se tienen en cuenta las definiciones consignadas la Ley colombiana 759 de 2002 así:

"Por "mina antipersonal" se entiende toda mina concebida para que explosione por la presencia, la proximidad o el contacto de una persona, y que en caso de explosionar tenga la potencialidad de incapacitar, herir y/o matar a una o más personas.

Por "mina" se entiende todo artefacto explosivo diseñado para ser colocado debajo, sobre o cerca de la superficie del terreno u otra superficie cualquiera y concebido para explosionar por la presencia, la proximidad o el contacto de una persona o un vehículo.

Por "accidente" se entiende un acontecimiento indeseado causado por minas antipersonales que causa daño físico y/o psicológico a una o más personas.

Por "incidente" se entiende un acontecimiento relacionado con minas antipersonal, que puede aumentar hasta un accidente o que tiene el potencial para conducir a un accidente."[3]

[3] COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 759 de 2002. En: Diario Oficial de Colombia. [En línea]. Bogotá: No.44.883 (Jul. 2002). Disponible en: <http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2002/ley_0759_2002.html> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

Una mina está compuesta por una cierta cantidad de material explosivo contenido en algún tipo de caja (normalmente de metal, plástico o madera) y por un mecanismo de fusibles destinado a provocar la explosión. Las minas suelen clasificarse en dos categorías: las minas antitanque (o anti-vehículo) y las minas antipersonal. Por lo general, las minas antipersonal se clasifican en subcategorías, según el principal método utilizado para causar las heridas: mina de onda explosiva y mina de fragmentación

Las minas de explosión causan heridas directamente en diferentes partes del cuerpo. En Colombia la mayoría de las minas son de fabricación artesanal, es decir, son en realidad Artefactos Explosivos Improvisados (AEI) y que universalmente se las conoce como “minas”, ya que se activan de la misma manera que una mina antipersonal, por la presencia, cercanía o proximidad de un ser humano o de un animal, ósea que no discriminan quien es la víctima.

Las minas de fragmentación tienen muchas piezas de metal dentro de ella, o están diseñadas para romperse en muchos pedazos pequeños. La explosión puede causar heridas, pero la mayoría de los daños o heridas son causados por los trozos de metralla que son lanzados en todas las direcciones a varios metros, dependiendo de la potencia individual de la mina.

Usualmente (pero no siempre) las minas de explosión son sembradas bajo tierra, y las minas de fragmentación son escondidas o camufladas sobre la tierra. Igualmente, existe una gran variación en los tipos de activación usados para explotar una mina. Existe espoletas detonadas por fotocelda o por movimiento, otras por control remoto, pero la mayoría son activadas por presión, tensión, alivio de presión o alivio de tensión o una mezcla entre estos tipos.

Estos elementos permanecen activos durante años e incluso décadas, y es más preocupante aún porque los campos y poblaciones donde se desarrolla el

conflicto, vuelven a ser ocupados por la población civil y unido a la falta de limpieza de los terrenos trae como consecuencia el riesgo permanente de personas, en especial la población infantil que por naturaleza se siente atraída a objetos desconocidos y obviamente el número de víctimas crece día a día.

Las consecuencias finales de los accidentes por MAP van más allá de las mutilaciones físicas, las acompañan el impacto social y psicológico de las víctimas, sus familias y comunidades, comprometiendo el futuro y la estabilidad colectiva.

Como respuesta al comportamiento del conflicto armado, algunos lugares tienen más riesgo de presencia de MAP como: campos con evidencia de un enfrentamiento armado previo, torres eléctricas, prisiones, restos o esqueletos de animales con signos de explosión, sitios con presencia de cables, vehículos abandonados, trincheras o posiciones de batalla, caminos rurales poco transitados, casas abandonadas, cerca de instalaciones militares, entre otros. Sin embargo, No existen parámetros exactos sobre los lugares donde se encuentran las minas, pueden ser campos, caminos, riveras, sembrados, puentes, etc. Esto dificulta considerablemente la labor de remoción de estas armas y mantiene los riesgos a todas las actividades de quienes habitan en territorios presuntamente afectados. Además las minas tienden a desplazarse por inundaciones, lluvias, movimientos telúricos, huracanes, tormentas y otros fenómenos naturales.

Figura 1. Diferentes tipos de minas

Fuente: CENTRO INTERNACIONAL DE DESMINADO HUMANITARIO DE GINEBRA (CIDHG). Guía de actividades relativas a las minas. [En línea]. Ginebra: El Autor, 2004. Disponible en: <http://www.cnad.cl/sitio/documentacion/pdf/accionminas.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

2.2 LA SITUACIÓN DE LAS MINAS EN EL MUNDO

El problema de las minas antipersonal es de índole mundial. Según el Informe Monitor de Minas Terrestres de 2006[4] se han plantado entre 65 y 110 millones de estas minas en 60 países y cada año se plantan casi 2 millones más; se han almacenado 100 millones para uso futuro.

La paz mundial, como uno de los principios fundamentales en la declaración del milenio de la Organización de Naciones Unidas (ONU)[5]. Cuenta con un interés y cooperación de índole internacional, para enfrentar las amenazas tradicionales y las nuevas amenazas en cada Estado. Estos problemas intersectoriales requieren respuestas de aspectos múltiples por parte de las distintas organizaciones nacionales, asociaciones entre gobiernos, sector privado y sociedad civil; todas actuando de forma apropiada conforme a las normas y principios democráticos y las normas constitucionales de cada Estado.

Es así, como en 1997 se realiza en Canadá la Convención Sobre la Prohibición del Empleo, Almacenamiento, Producción y Transferencia de Minas Antipersonal y sobre su Destrucción (**Convención de Ottawa**), donde los Estados Parte establecen:

> *Decididos a poner fin al sufrimiento y las muertes causadas por las minas antipersonal, que matan o mutilan a cientos de personas cada semana especialmente niños, obstruyen el desarrollo económico y la reconstrucción, inhiben la repatriación de refugiados y de personas desplazadas internamente, además de ocasionar otras severas consecuencias muchos años después de su localización. Acogiendo con beneplácito la adopción del Protocolo sobre prohibiciones o restricciones del empleo de minas, armas trampa y otros*

[4] INTERNATIONAL CAMPAIGN TO BAN LANDMINES. Informe monitor de minas terrestres 2006: hacia un mundo libre de minas. Ottawa, Canadá: Mines Action Canada, Handicap International, Human Rights Watch, Ayuda Popular Noruega. Canadá: El Autor, 2006..

[5] NACIONES UNIDAS. Declaración del milenio. [En línea]. s.p.i. Disponible en: <http://daccess-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/559/54/PDF/N0055954.pdf?OpenElement> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

artefactos, según fuera enmendado el 3 de mayo de 1996 y anexo a la Convención sobre prohibiciones o restricciones del empleo de ciertas armas convencionales que puedan considerarse excesivamente nocivas o de efectos indiscriminados; y haciendo un llamado para la pronta ratificación de ese Protocolo por parte de aquellos Estados que aún no lo han hecho, recordando la Declaración de Ottawa del 5 de octubre de 1996 y la Declaración de Bruselas del 27 de junio de 1997, que instan a la comunidad internacional a negociar un acuerdo internacional jurídicamente vinculante que prohíba el uso, el almacenamiento, la producción y la transferencia de minas antipersonal. Poniendo énfasis en el deseo de lograr que todos los Estados se adhieran a esta Convención, y decididos a trabajar para promover su universalidad en todos los foros pertinentes, incluyendo, entre otros, las Naciones Unidas, la Conferencia de Desarme, las organizaciones y grupos regionales, y las conferencias de examen de la Convención sobre prohibiciones o restricciones del empleo de ciertas armas convencionales que puedan considerarse excesivamente nocivas o de efectos indiscriminados. Basándose en el principio del derecho internacional humanitario según el cual el derecho de las partes en un conflicto armado a elegir los métodos o medios de combate no es ilimitado, en el principio que prohíbe el empleo, en los conflictos armados, de armas, proyectiles, materiales y métodos de combate de naturaleza tal que causen daños superfluos o sufrimientos innecesarios, y en el principio de que se debe hacer una distinción entre civiles y combatientes acuerdan y se comprometen a nunca, y bajo ninguna circunstancia:

a) emplear minas antipersonal;

b) desarrollar, producir, adquirir de un modo u otro, almacenar, conservar o transferir a cualquiera, directa o indirectamente, minas antipersonal;

c) ayudar, estimular o inducir, de una manera u otra, a cualquiera a participar en una actividad prohibida a un Estado Parte, conforme a esta Convención.

Cada Estado Parte se compromete a destruir o a asegurar la destrucción de todas las minas antipersonal de conformidad con lo previsto en esta Convención[6]*.*

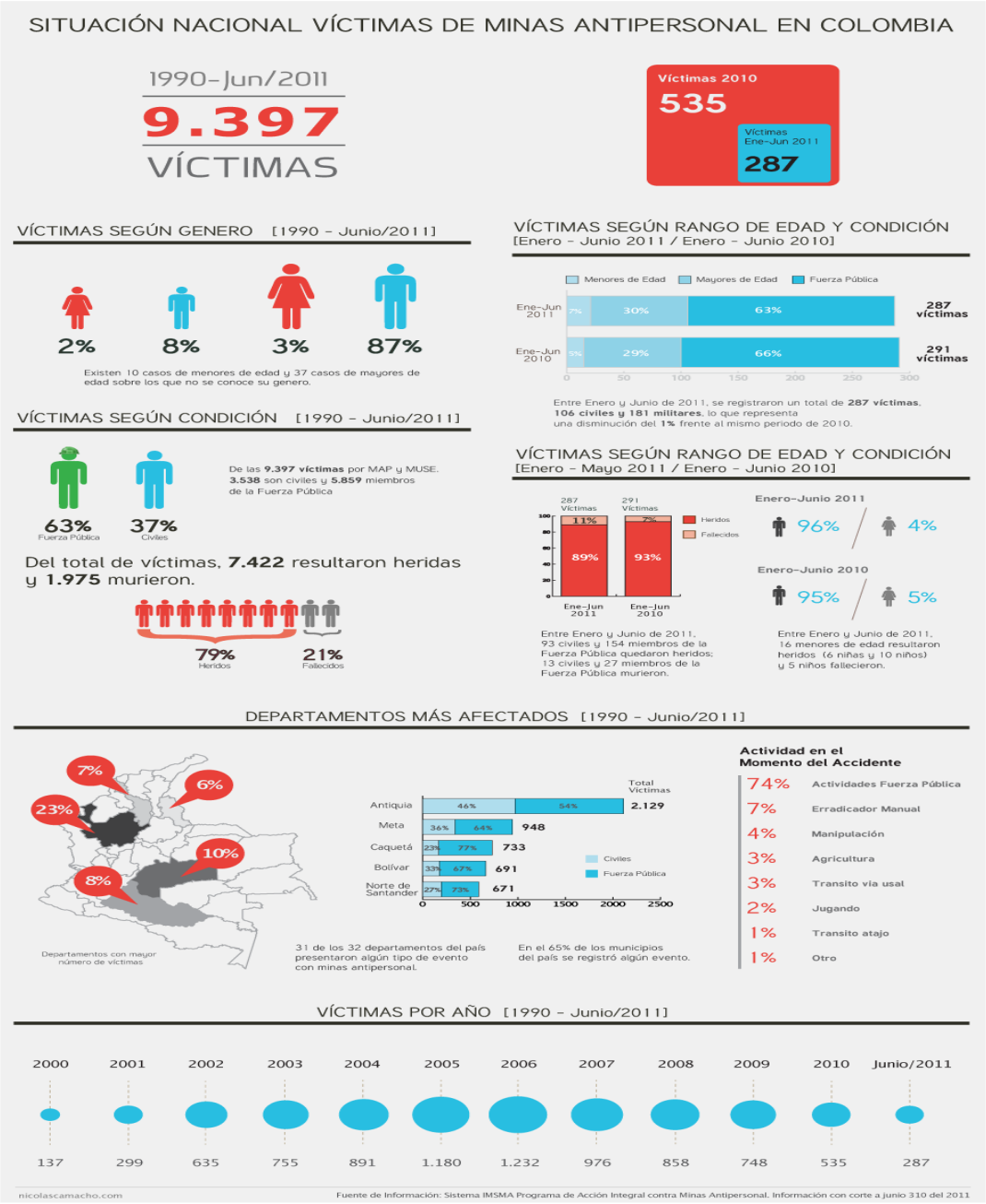
A Junio de 2011, 156 Estados habían ratificado la convención de Ottawa y dos más habían firmado el tratado. Colombia es el Estado Parte N.° 103 de la convención. En la actualidad hay 39 Estados que no forman parte del tratado.

[6] NACIONES UNIDAS – CENTRO DE INFORMACIÓN. Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas antipersonal y sobre su destrucción. (Convención de Ottawa). [En línea]. México: El Autor, 1997. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/temas/asun_hum/conv_ottawa.htm> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

Cada cinco años, los Estados Partes de la convención de Ottawa hacen una conferencia de revisión para evaluar las acciones realizadas y los resultados obtenidos, y para concretar planes de acción que permitan afrontar los retos pendientes. La última conferencia se llevo a cabo en la ciudad de Cartagena (Colombia), en diciembre de 2009. En ella los Estados renovaron sus compromisos.

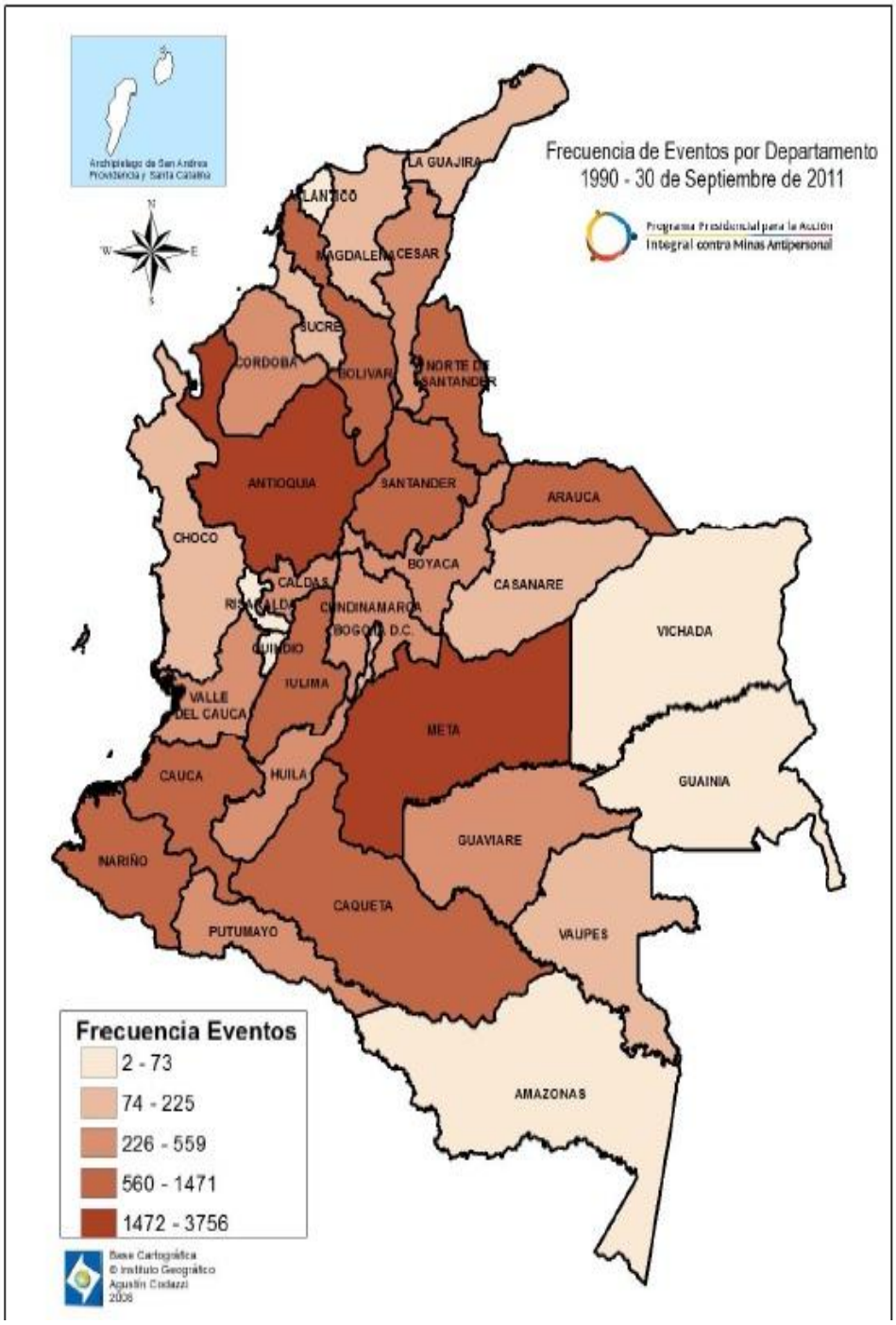
2.3 SITUACIÓN DE MAP EN COLOMBIA

Figura 2. Situación nacional víctimas de minas antipersonal en Colombia



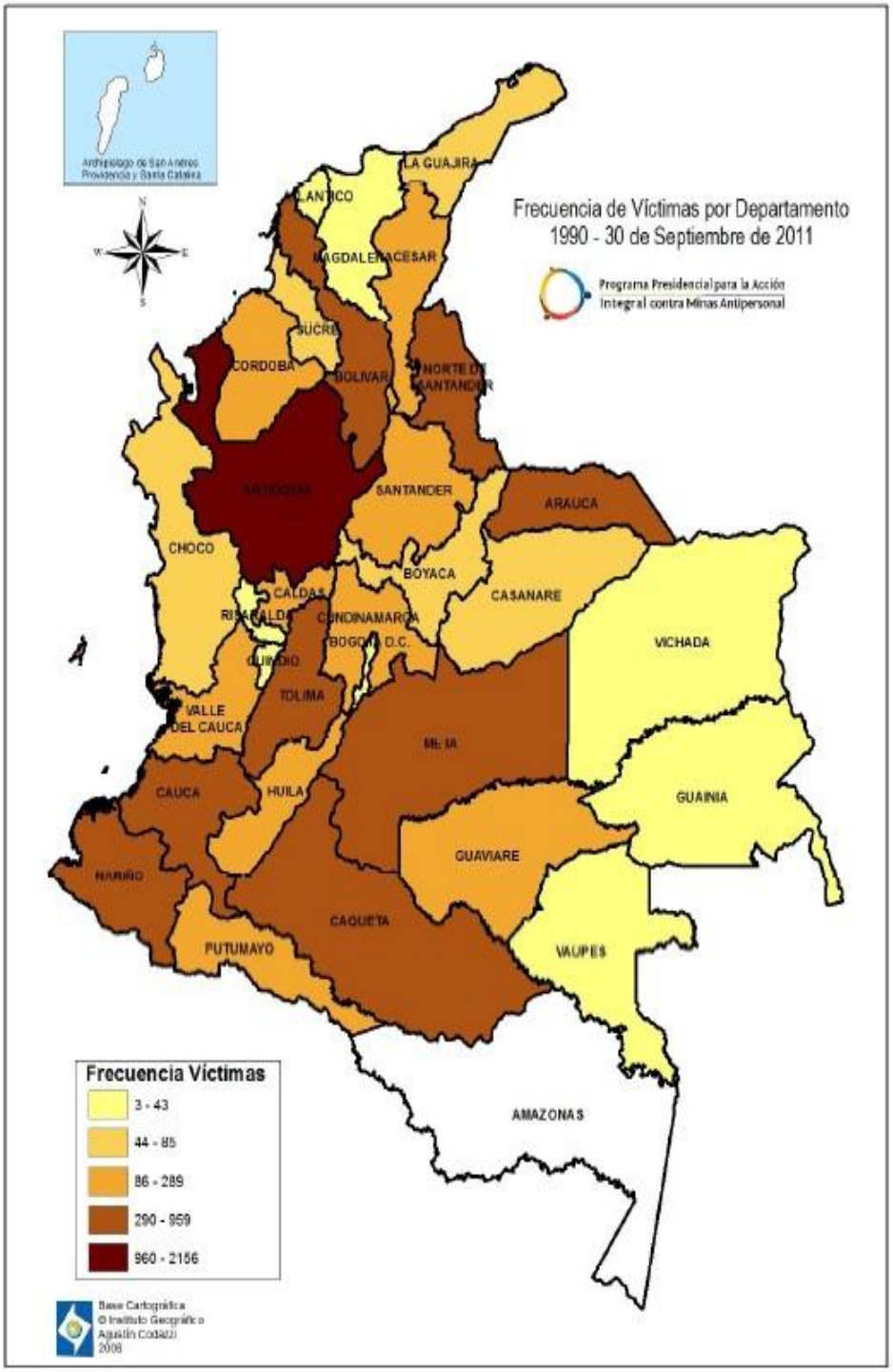
Fuente: PROGRAMA PRESIDENCIAL PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL. Situación nacional víctimas de minas antipersonal en Colombia. [En línea]. Bogotá: El Autor, 2011. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Situacion/Paginas/SituacionVictimasMinasAntipersonal.aspx > [consulta: 09 de noviembre de 2011]

Figura 3. Frecuencia de eventos por Departamento.



Fuente: PROGRAMA PRESIDENCIAL PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL. Sistema de Información IMSMA del PAICMA. [En línea]. Bogotá: El Autor, 2011. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Paginas/victimas.aspx> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

Figura 4. Frecuencia de víctimas por departamento.



Fuente: PROGRAMA PRESIDENCIAL PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL. Sistema de Información IMSMA del PAICMA. [En línea]. Bogotá: El Autor, 2011. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Paginas/victimas.aspx> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

En Colombia, las estadísticas consignadas en el sistema de gestión de información del Programa Presidencial para la Acción Integral Contra Minas Antipersonal (PAICMA) exponen lo siguiente:

“En el periodo1990-septiembre de 2011, se registraron un total de 9.532 víctimas por MAP, MUSE. De éstas, el 38% (3.584) son civiles y el 62% (5.948) miembros de la Fuerza Pública.

Entre enero y septiembre de 2011, se registraron un total de 415 víctimas, 145 (35%) civiles y 270 (65%) militares, lo que representa un aumento del 4.5% frente al mismo periodo de 2010.

Del total de víctimas reportadas en el periodo 1990 – septiembre de 2011, el 79% (7.532) resultó herida y el 21% (2.000) murió. De los 3.584 afectados civiles, 2.881 (80%) resultaron heridos y 703 (20%) murieron. De los 5.948 miembros de la Fuerza Pública afectados, 4.651 (78%) quedaron heridos y 1.297 (22%) fallecieron. Entre enero y septiembre de 2011, 126 civiles y 224 miembros de la Fuerza Pública quedaron heridos; 19 civiles y 46 miembros de la Fuerza Pública murieron.

En el periodo 1990 – septiembre de 2011, se registraron 903 víctimas menores de edad. De éstas, el 21% (187) eran niñas, el 78% (706) niños y sobre el 1% (10) restante no se tiene información. Del total de los menores de edad víctimas, 703 (78%) resultaron heridos en el accidente, y 200 (22%) murieron. Entre enero y septiembre de 2011, 22 menores de edad resultaron heridos a consecuencia de minas antipersonal (7 niñas y 15 niños) y 5 niños fallecieron.

En 31 de los 32 departamentos del país y el Distrito Capital presentaron algún tipo de evento con minas antipersonal. Igualmente, en el 65% de los municipios del país se registró algún evento.

Los cinco departamentos con mayor número de víctimas entre 1990 y septiembre de 2011, son Antioquia (23%), Meta (10%), Caquetá (8%), Norte de Santander (7%), Bolívar, Nariño y Arauca (6%,respectivamente).

Entre 1990 y septiembre de 2011, se reportaron un total de 19.022 eventos con minas antipersonal (MAP) y municiones sin explotar (MUSE). De éstos, 5.467 fueron accidentes y 13.555, incidentes. Entre enero y septiembre de 2011, se reportaron 289 accidentes y 1011 incidentes.

El 98% de los accidentes y el 98% de los incidentes ocurrieron en el área rural.

Los cinco departamentos con mayor frecuencia de eventos, en el periodo 1990 – septiembre de 2011 fueron Antioquia (20%), Meta (14%), Caquetá (8%), Bolívar (7%), Arauca y Norte de Santander (5% respectivamente).

Los cinco departamentos con mayor frecuencia de incidentes, en el periodo 1990 - septiembre de 2011, fueron Antioquia (18%), Meta (15%), Bolívar y Caquetá (8%, respectivamente), y Arauca, Norte de Santander (5% respectivamente y Santander (4% respectivamente).

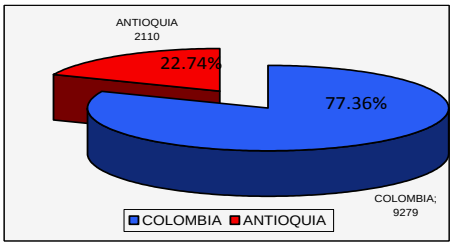
Los cinco departamentos con mayor frecuencia de accidentes, en el periodo 1990 – septiembre de 2011, fueron Antioquia (25%), Meta (10%), Caquetá (8%), Nariño y Norte de Santander (7% respectivamente).”[7]

[7] PROGRAMA PRESIDENCIAL PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL. Resumen reporte de información IMSMA. [En línea]. Bogotá: El Autor, 2011. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Paginas/victimas.aspx> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

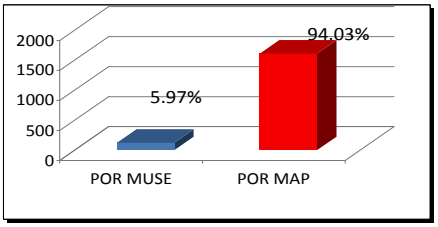
Figura 5. Víctimas de Antioquia con relación a Colombia (1990- Mayo 2011).

VÍCTIMAS DE ANTIOQUIA CON RELACIÓN COLOMBIA (1990 Mayo 2011)

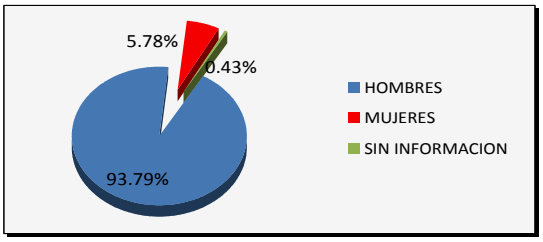
ESTADÍSTICAS DE VÍCTIMAS DE MINAS EN ANTIOQUIA		
1990 A Mayo de 2011		
COLOMBIA	9279	100,00%
ANTIOQUIA	2110	22,74%
ANTIOQUIA		
POR MUSE	126	5,97%
POR MAP	1984	94,03%
MAYOR 18	1873	88,77%
MENOR 18	237	11,23%
HOMBRES	1979	93,79%
MUJERES	122	5,78%
SIN INFORMACION	9	0,43%
HERIDOS	1760	83,41%
MUERTOS	350	16,59%
CIVILES	969	45,92%
FUERZA PÚBLICA	1141	54,08%
TOTAL ANTIOQ Enero Mayo 2011	46	20,26%
TOTAL PAIS Enero- Mayo 2011	227	100,00%



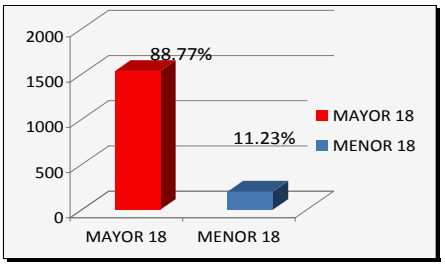
POR TIPO DE ACCIDENTE ANTIOQUIA



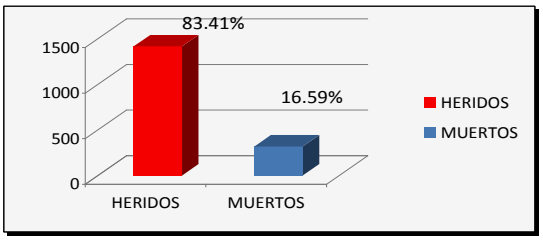
POR GENERO ANTIOQUIA



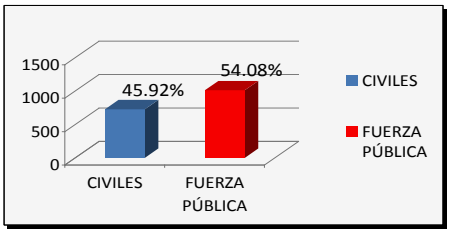
POR EDAD ANTIOQUIA



ESTADO DE VÍCTIMA ANTIOQUIA



CONDICIÓN ANTIOQUIA



EN LOS PRIMEROS CINCO MESE DEL AÑO SE TIENE EL REGISTRO DE 46 VÍCTIMAS EN EL DEPARTAMENTO (30 CIVILES Y 16 MILITARES). LLAMA LA ATENCIÓN LA MAYOR ACCIDENTALIDAD DE LOS CIVILES SOBRE LA FUERZA PÚBLICA, HAY UNA TENDENCIA QUE MUESTRA UN REVERTIMIENTO CON RELACIÓN A LO QUE SE TENÍA HASTA AHORA.
HISTÓRICAMENTE, TENEMOS EN ANTIOQUIA 2110 VÍCTIMAS, EQUIVALENTE AL 22.74% DEL TOTAL EN EL PAÍS.
LA MAYOR ACCIDENTALIDAD SE PRESENTAN EN HOMBRES MAYORES DE EDAD Y PERTENECIENTES A LA FUERZA PÚBLICA.

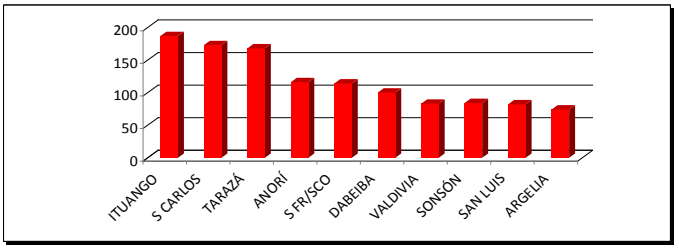
FUENTE: IMSMA, SIVIGILA, ALCALDÍAS, EJERCITO, HANDICAP, PAZ Y DEMOCRACIA

Fuente: GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA. Dirección de Derechos Humanos. Secretaría de Gobierno de Antioquia. Informe de víctimas de minas antipersonal 1990 - mayo 2011. (Cuadros y Gráficas). Elaboró: Jesús Emilio Duque Jaramillo. Junio 16 de 2011. p. 2

Figura 6. Los diez municipios más afectados en Antioquia.

DIEZ MUNICIPIOS MAS AFECTADOS 1990 - MAYO 2011

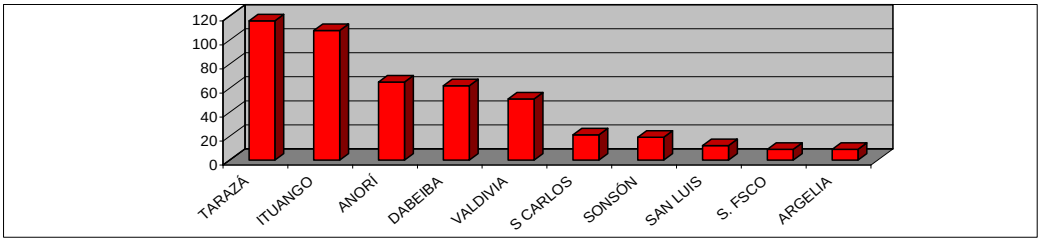
MUNICIPIO	VICTIMAS
ITUANGO	187
S CARLOS	173
TARAZÁ	168
ANORÍ	116
S FR/SCO	114
DABEIBA	100
VALDIVIA	83
SONSÓN	84
SAN LUIS	82
ARGELIA	74



DIEZ MUNCIPIOS MAS AFECTADOS 2007 - MAYO 2011

MUNICIPIO	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
TARAZÁ	2	17	52	32	13	116
ITUANGO	14	43	22	23	6	108
ANORÍ	22	24	9	5	4	65
DABEIBA	28	8	12	9	5	62
VALDIVIA	2	17	20	12	0	51
S CARLOS	14	4	2	1	0	21
SONSÓN	13	1	4	1	0	19
SAN LUIS	4	2	5	1	0	12
S. FSCO	2	4	3	0	0	9
ARGELIA	2	6	0	1	0	9

GRAFICA DIEZ MUNCIPIOS MAS AFECTADOS 2007 - MAYO 2011

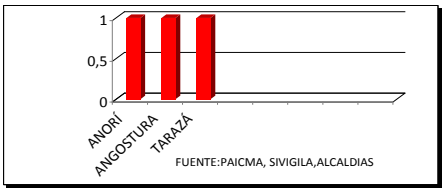


HISTÓRICAMENTE ITUANGO ES EL MUNICIPIO CON MAS VÍCTIMAS EN EL DEPARTAMENTO, CON 187 (66 CIVILES Y 121 MILITARES). SAN CARLOS CONTINÚA EN SEGUNDO LUGAR CON 173; DE ELLAS 80 CIVILES Y 93 MILITARES. EL ORDEN DE MUNICIPIOS CON MAS VÍCTIMAS CAMBIA EN EL PERIÓDO 2007 -MAYO 2011, DONDE TARAZÁ ES EL QUE MAS VÍCTIMAS TIENE REGISTRADAS CON 116 (46 CIVILES Y 72 MILITARES). ITUANGO ES SEGUNDO CON 108 ACCIDENTADOS (46 CIVILES, 62 MILITARES). SAN CARLOS PASA AL QUINTO LUGAR CON 21 VÍCTIMAS (3 CIVILES, 18 MILITARES).

EL CAMBIO DEL ORDEN EN LOS MUNICIPIOS CON MAYOR VÍCTIMAS DE MINAS EN CADA UNO DE LOS PERIÓDOS ANALIZADOS, EVIDENCIA HACIA DONDE SE ESTÁ DESPLAZANDO EL ACCIONAR DE LOS GRUPOS VIOLENTOS.

MUNICIPIOS CON ACCIDENTES POR MINA EN MAYO /2011

MUNICIPIO	VICTIMAS
ANORÍ	1
ANGOSTURA	1
TARAZÁ	1



MAYO ES EL SEGUNDO MES DEL AÑO CON MENOS ACCIDENTES. TENEMOS EL REGISTRO DE TRES VÍCTIMAS, DOS DE ELLAS FUERON CIVILES HOMBRES, MAYORES DE EDAD Y RESULTARON HERIDOS EN LOS MUNICIPIOS DE ANORÍ Y ANGOSTURA. EL TERCERO FUE UN MILITAR EN EL MUNICIPIO DE TARAZÁ TAMBÍEN HERIDO.

Fuente: GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA. Dirección de Derechos Humanos. Secretaría de Gobierno de Antioquia. Informe de víctimas de minas antipersonal 1990 - mayo 2011. (Cuadros y Gráficas). Elaboró: Jesús Emilio Duque Jaramillo. Junio 16 de 2011. p. 5

Frente al cumplimiento de los compromisos de la Convención de Ottawa, Colombia expidió la ley 554 de 2000[8] (con revisión de la corte constitucional - sentencia C-991 de 2000) y la ley 759 de 2002[9]. Por medio de las cuales se aprueban y reglamentan las acciones tendientes a la eliminación de las minas y a prevenir los accidentes e incidentes provocados por estas han sido numerosos y de diferentes actores, como organizaciones no gubernamentales, civiles y el propio estado, donde por medio del decreto 2150 de 2007 crea el Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal y en su Artículo 2 define las funciones que cumplirá así:

> *1. Formular y ejecutar los planes, programas y proyectos relacionados con la Acción Integral Contra Minas Antipersonal.*
>
> *2. Asistir al Presidente de la República, al Vicepresidente de la República y al Gobierno Nacional en el diseño y coordinación de las acciones y actividades relativas contra minas antipersonal en el país.*
>
> *3. Impulsar la coordinación interinstitucional e intersectorial para la implementación de las acciones relativas a minas antipersonal.*
>
> *4. Elaborar y aplicar una estrategia nacional de Acción Contra Minas Antipersonal en todo lo referente, al desminado humanitario; asistencia y rehabilitación a víctimas; destrucción de minas almacenadas; campañas de concientización y educación de la población civil; y todos aquellos aspectos que demanden el cumplimiento del tratado de Ottawa.*
>
> *5. Ejercer la Secretaría Técnica de la Comisión Intersectorial Nacional para la Acción contra las Minas Antipersonal.*
>
> *6. Mantener la base del Sistema de Información de Acción Contra Minas, encargándose de recopilar, sistematizar, centralizar y actualizar toda la información sobre el tema.*
>
> *7. Servir de fuente para la toma de decisiones de acuerdo con la información recolectada sobre los programas de prevención, señalización, elaboración de mapas, remoción de minas y atención a víctimas.*

---

[8] COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 554 de 2000. En: Diario Oficial de Colombia. [En línea]. Bogotá. No.43.858 (Ene. 2000). Disponible en: <http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2000/ley_0554_2000.html> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

[9] COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 759 de 2002, Op. Cit.

8. Centralizar la información de todas las organizaciones que desarrollen actividades relativas a minas y consolidar todos los datos que éstas recolecten mediante las actividades que desarrollen.

9. Redactar y adoptar los estándares nacionales para las actividades relativas a las minas y velar por su difusión, aplicación y cumplimiento.

10. Coordinar, hacer seguimiento y evaluar las acciones de las entidades estatales, que de acuerdo con su competencia, desarrollen actividades o funciones contra minas antipersonal.

11. Diseñar un sistema de control de calidad que permita medir el impacto de las actividades que se desarrollen en el país en el tema de minas.

12. Promover y gestionar la cooperación técnica internacional y en especial la que tenga por finalidad la consecución de los recursos necesarios para el logro de los objetivos de las actividades relativas a minas en el país en coordinación con la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional y con el Ministerio de Relaciones Exteriores.

13. Las demás que le señalen las normas legales o reglamentarias."[10]

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se hace necesario planes y programas para disminuir la ocurrencia de eventos y la apropiada atención de víctimas, desde la ocurrencia del evento mismo hasta la recuperación y reintegración psicosocial, escolar y laboral. Por esto en Colombia se adopto y desarrolló la estrategia de ACCION INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL (AICMA).

Adicionalmente el 10 de Junio de 2011 sancionan la ley 1448[11] de atención, asistencia y reparación integral de víctimas del conflicto armado interno en Colombia (la cual aún no ha sido reglamentada), describiendo como víctimas las personas, familiares o implicados que hayan sufrido daños por los grupos del conflicto armado reconocidos en nuestro país a partir del 1 de enero de 1985 y

[10] REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 2150 de 2007. [En línea]. Bogotá: El Autor, 2007. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Documents/decreto2150-2007.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

[11] COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1448 de 2011. [En línea]. Bogotá: El Autor, 2011. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley144810062011.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

describiendo las rutas administrativas para reparar sus daños en cuanto a indemnizaciones y atención en salud incluyendo las víctimas por minas antipersonal.

En Antioquia de manera descentralizada, pero acorde con los lineamientos nacionales por medio del Decreto 0373[12] del año 2003 se crea el Comité Departamental para la prevención de accidentes por MAP y atención integral de las víctimas de Antioquia que por medio de diferentes proyectos y actividades hace operativo a nivel departamental y municipal la Acción Integral Contra Minas Antipersonal. Además, la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, en su componente de Salud Mental incluye Accidente de MINAS (MAP, MUSE, AEI) en los eventos de vigilancia epidemiológica para la notificación al SIVIGILA.

2.4 ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL

Son todas aquellas actividades que tienen por objeto reducir el impacto social, económico y ambiental de las Minas Antipersonal, las Municiones sin Explotar y los Artefactos Explosivos Improvisados[13].

El objeto principal de la Acción Integral es reducir el riesgo de las minas antipersonal hasta niveles que permitan que las personas puedan vivir con calidad y en condiciones de seguridad favorables a las comunidades; que se pueda disfrutar de un desarrollo económico, social, cultural libre de las limitaciones que

---

[12] COMITÉ DEPARTAMENTAL PARA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES POR MINAS ANTIPERSONALES Y ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS EN ANTIOQUIA. Decreto Departamental 0373 de 2003. [En línea]. Antioquia: E Autor, 2003. Disponible en: <http://200.13.243.150:8080/ISOlucion//bancoconocimiento/D/Decreto0373del20demarzode2003/decreto%200373%200020.jpg> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

[13] PROGRAMA PRESIDENCIAL PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL. Acción integral contra Minas Antipersonal - AICMA. [En línea]. Bogotá: El Autor, s.f. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Cooperacion/Documents/accion_contra_minas.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

impone la presencia de minas. También busca que las necesidades de las víctimas sean satisfechas.

2.4.1 Los 5 pilares básicos de la Acción Integral Contra Minas.

1. *Educación en el Riesgo de las Minas Antipersonal (ERM)*: Proceso que promueve entre los grupos de riesgo la adopción de pautas de comportamiento seguros y que sirve de vínculo entre las comunidades afectadas y otros componentes de la Acción Integral, a través de: actividades de educación y capacitación, con el apoyo de una estrategia de comunicación y de alianzas comunitarias.

2. *Asistencia a las Víctimas (AV):* Se refiere a toda ayuda, socorro, consuelo y apoyo proporcionados a las víctimas con el objetivo de reducir complicaciones físicas o psicológicas derivadas del trauma y la reintegración socio-económica de los sobrevivientes a sus comunidades. Incluye la atención y rehabilitación prestadas para las necesidades inmediatas de las víctimas, sus familias y las comunidades afectadas por Minas.

3. *Desminado Humanitario (DH):* Actividades conducentes a la eliminación de los peligros derivados de las minas antipersonal y la munición sin explotar, el desminado humanitario incluye la certificación de áreas libres de minas antipersonal para la seguridad de las personas o el retorno de poblaciones desplazadas.

4. *Destrucción de Arsenales Almacenados:* Procedimiento de destrucción física para la lograr la reducción de las reservas nacionales de minas antipersonal que usaba la fuerza pública antes del tratado de Ottawa.

5. *Promoción y Defensa Pública de la Convención. (Cabildeo):* Se refiere al apoyo público, recomendaciones o a la publicidad para eliminar o reducir el peligro de las Minas Antipersonal y la Munición Sin Explotar. Busca priorizar la Acción Integral en la agenda pública de las administraciones locales y nacionales.

Dentro del pilar de asistencia a víctimas, encontramos la Ruta de Atención Integral a Víctimas de MAP y MUSE. Es un modelo de asistencia integral diseñado por el Gobierno Nacional que en cinco etapas contempla los derechos y beneficios mínimos - consagrados en la Ley 418 de 1997 y el Decreto 3990 de 2007- para atender a víctimas de MAP, MUSE y AEI y sus familias.

La ruta de Atención es de vital importancia para efectos de este trabajo porque en ella nos apoyaremos para describir e interpretar el fenómeno de los accidentes por MAP, la atención y su gestión.

2.5 RUTA DE ATENCIÓN

Una ruta es un camino que implica seguir unos pasos para llegar a un lugar u obtener un resultado determinado. En este caso, esta ruta nos lleva desde el momento del accidente hasta la reintegración psicosocial, escolar y laboral de las víctimas.

Una vez se reglamente la ley 1448 de 2011, esta ruta podrá tener algunas modificaciones. Sin embargo, cabe aclarar que a noviembre de 2011, fecha de elaboración de este trabajo, la ruta que se describe a continuación es aún vigente.

En la ruta es importante tener en cuenta las siguientes precisiones:

- “Los trámites ante el FOSYGA y Acción Social requieren la certificación de la condición de víctima.

- Las asistencias humanitarias y las indemnizaciones se entregan una sola vez y son reclamadas directamente por la víctima o sus familiares, según el caso.

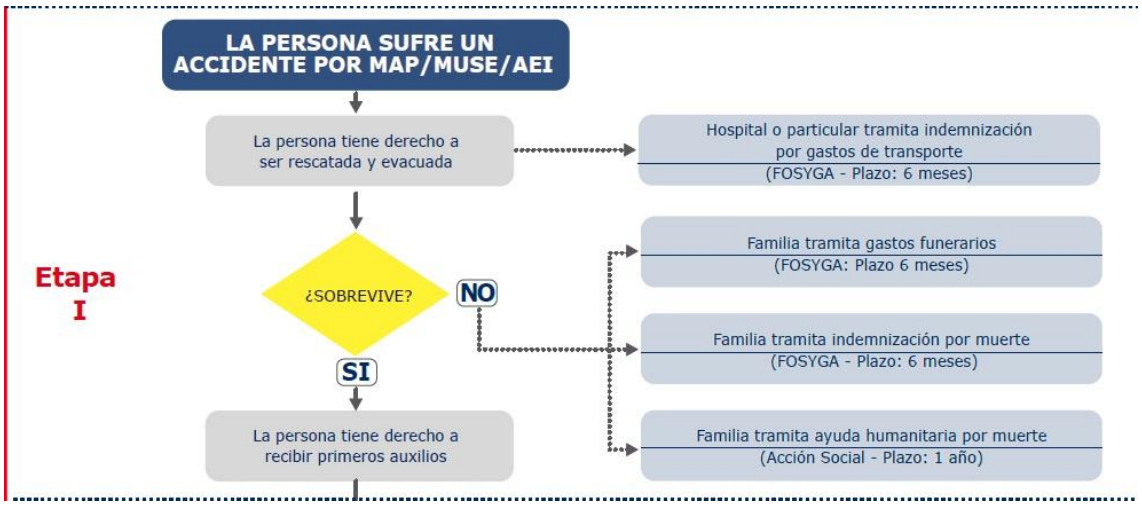
- No es necesario contratar el servicio de abogados ni de intermediarios.

- La certificación de la condición de víctima del terrorismo puede ser expedida por una de las siguientes autoridades: "el Alcalde del respectivo municipio o distrito, la Personería Municipal o Distrital o quien haga sus veces, en su ausencia, las autoridades correspondientes de la Policía Nacional o del Ejército o, en últimas, la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y la Dirección General Unidad Administrativa Especial para los Derechos Humanos del Ministerio del Interior y de Justicia" (Decreto 3990 de 2007, artículo 4º).”[14]

[14] Extraído de: PROGRAMA PRESIDENCIAL PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL. Ruta de atención integral a víctimas de minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (MUSE) y artefactos explosivos improvisados (AEI). [En línea]. Bogotá: El Autor, s.f. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Documents/ruta_atencion_completa.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

2.5.1 Etapa I: Atención prehospitalaria.

Figura 7. Ruta de atención integral a víctimas de MAP, MUSE, AEI. Etapa I.



Fuente: PROGRAMA PRESIDENCIAL PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL. Ruta de atención integral a víctimas de minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (MUSE) y artefactos explosivos improvisados (AEI). [En línea]. Bogotá: El Autor, s.f. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Documents/ruta_atencion_completa.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

Esta primera fase se desarrolla desde el momento mismo en el que la persona sufre el accidente por MAP.

La primera actividad contemplada es el rescate que en lo posible, debe hacerlo personal experto, o en su ausencia, la misma comunidad tomando precauciones y teniendo en cuenta comportamientos seguros como el de llamar a la víctima para que intente desplazarse hasta donde están los “rescatistas”, también se puede caminar por las huellas dejadas por la víctima antes del accidente y no tratar de rescatar los miembros mutilados porque se puede caer en otra mina.

Si ocurre la muerte como consecuencia de un accidente por MAP, el familiar más cercano a la víctima, tiene derecho a reclamar una indemnización por muerte, según la normatividad vigente:

- Ante el Ministerio de la Protección Social por medio del FOSYGA y se reconocen un valor máximo de 600 salarios mínimos diarios vigentes en el año en que ocurrió el accidente con un plazo máximo para la reclamación hasta de seis meses. Además pueden reclamar subsidio por gastos funerarios que tramita la familia ante el FOSYGA hasta por un valor máximo de 150 salarios mínimos diarios legales vigentes en el año en que ocurrió el accidente.

- Ante Acción Social y se reconoce un valor máximo de hasta 40 salarios mínimos mensuales legales vigentes en el año en que ocurrió el accidente, con un plazo máximo para la reclamación hasta de un año.

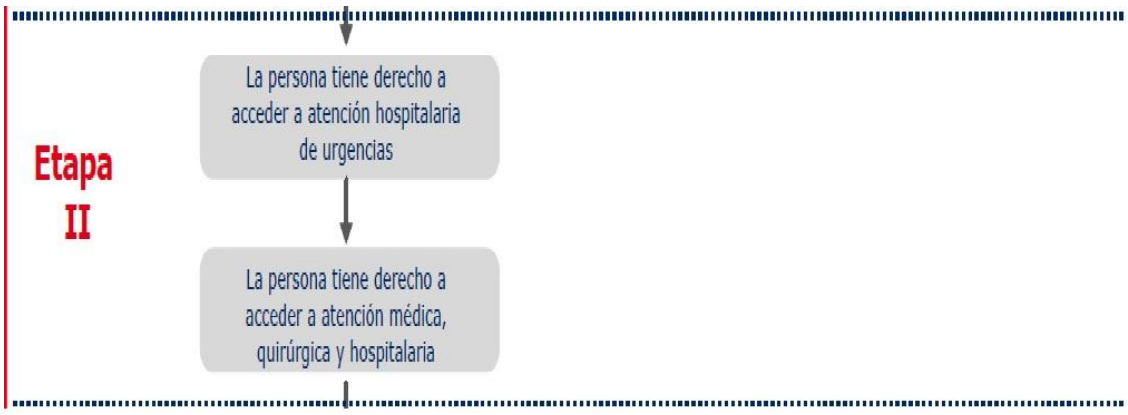
Si la víctima sobrevive, tiene derecho a recibir los cuidados inmediatos, adecuados y provisionales, tendientes a controlar e impedir la extensión de las consecuencias dañinas del accidente. Una vez prestados los primeros auxilios la víctima debe ser evacuada, llevándola al centro asistencial más cercano para que estabilicen su situación clínica.

La persona natural o jurídica que realice la evacuación del afectado desde el lugar de ocurrencia del evento hasta la primera Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS –, tiene derecho a tramitar una indemnización por gastos de transporte y movilización del sobreviviente ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA -

En esta indemnización se reconoce hasta 10 salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de ocurrencia del evento, en consideración a las características específicas del vehículo, teniendo en cuenta si se trata de transporte rural o urbano. Si el trasporte es realizado por ambulancias, el valor de la movilización solo será reconocido si la entidad se encuentra habilitada para prestar estos servicios.

2.5.2 Etapa II: Atención de urgencias- hospitalaria.

Figura 8. Ruta de atención integral a víctimas de MAP, MUSE, AEI. Etapa II.



Fuente: PROGRAMA PRESIDENCIAL PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL. Ruta de atención integral a víctimas de minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (MUSE) y artefactos explosivos improvisados (AEI). [En línea]. Bogotá: El Autor, s.f. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Documents/ruta_atencion_completa.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

Esta etapa a su vez se compone de dos pasos. El primero de ellos encaminado a la atención inicial de urgencias y remisión del paciente si es necesario, el segundo orientado a garantizar la atención integral y continúa.

Los costos que se originan en la prestación de la atención inicial de urgencias que se genere en un accidente con MAP/AEI/MUSE, son asumidos por el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA -, quien paga directamente a la institución que haya prestado el servicio. Posterior a la atención de urgencia se verifica la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud: EPS y ARP.

Para la prestación de esta atención no se requiere convenio o autorización previa de la EPS, Secretarias de Salud o de cualquier otra entidad responsable, ni remisión de profesional médico. En ningún caso la atención inicial de urgencias puede estar condicionada al pago cuotas moderadoras o copagos, ni a cubrimiento previo de suma de dinero alguna por parte del usuario del servicio. No

puede tampoco estar condicionada por garantía alguna de pago posterior, afiliación previa al Sistema General de Seguridad Social en Salud o el cumplimiento de períodos mínimos de cotización. Es responsabilidad de las IPS identificar la causa de la urgencia a fin de contar con los soportes necesarios para los reembolsos a que haya lugar.

La atención médica que los hospitales y clínicas deben prestar incluye la atención de urgencias, hospitalización, suministro de material médico quirúrgico, honorarios médicos, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamientos y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y rehabilitación.

Si la entidad que recibe en primera instancia al paciente, no cuenta con la capacidad técnico - científica para atenderlo y debe remitirlo, la entidad receptora, está obligada a prestar la atención inicial de urgencias hasta alcanzar la estabilización del paciente en sus signos vitales y lograr su contrareferencia.

En los casos en que se requiere hacer uso del servicio de traslado del paciente en ambulancia, el costo del servicio será cubierto por el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA -.

Tratándose de víctimas de eventos terroristas, el valor de la indemnización será hasta por ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes en el momento de la ocurrencia del evento. Sin embargo, la entidad administradora del FOSYGA está en la obligación de contratar un seguro para garantizar una cobertura superior a la anotada, a las víctimas que requieran asistencia por encima de dicho tope, o constituir una reserva especial para cubrir estas eventualidades.

Las reclamaciones presentadas por la IPS a la Subcuenta ECAT del FOSYGA, cuyo monto respecto de cada sobreviviente resulte inferior a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente, se tramitarán de manera conjunta, por períodos mensuales, en el formato que se adopte para el efecto. La documentación requerida para la reclamación desde las IPS incluye el certificado de atención médica, los formularios (FOSGA-01 y FOSGA-02), (Formulario único de reclamación de los prestadores de servicios de salud por servicios prestados a víctimas de eventos catastróficos y accidentes de transito -FURIPS-), (Formulario único de reclamación de las instituciones prestadoras de servicios de salud por servicios de rehabilitación y suministro de prótesis -FURPRO-), (Formulario único de reclamación de gastos de transporte y movilización de víctimas -FURTRAN-) diligenciados correctamente y de forma clara.

Si después de la prestación de la atención médica el sobreviviente solo sufrió *Heridas Leves*, podrá reclamar una indemnización por heridas leves sin incapacidad. El sobreviviente también tiene derecho a tramitar una *Ayuda Humanitaria de Emergencia.* Tanto la Indemnización por Heridas Leves como la Ayuda Humanitaria de Emergencia, equivalen a 2 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha en que ocurrió el hecho generador del daño.

La asistencia humanitaria cubierta por la Agencia Presidencial para la ACCIÓN SOCIAL y la Cooperación Internacional, será otorgada a los beneficiarios siempre y cuando la solicitud de la misma sea elevada dentro del año siguiente a la ocurrencia del evento. Si llegaren a presentarse hechos que constituyan fuerza mayor o caso fortuito que impidan elevar la solicitud en este período, el año será contado a partir del momento en que cesen los hechos que motiven tal impedimento.

2.5.3 Etapa III: Rehabilitación médica, física y psicológica.

Figura 9. Ruta de atención integral a víctimas de MAP, MUSE, AEI. Etapa III.

Fuente: PROGRAMA PRESIDENCIAL PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL. Ruta de atención integral a víctimas de minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (MUSE) y artefactos explosivos improvisados (AEI). [En línea]. Bogotá: El Autor, s.f. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Documents/ruta_atencion_completa.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

Si una vez prestados los servicios médicos se establece que la persona ha adquirido una *Discapacidad* por el accidente, el sobreviviente tiene derecho a tramitar la misma Ayuda Humanitaria de Emergencia que se entrega a las personas que reciben indemnización por heridas leves y una *Indemnización por Incapacidad Permanente,* que se otorgará de manera directa al afectado.

Esta incapacidad deberá ser calificada para el caso de reclamación ante Acción Social por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y para la reclamación ante el FOSYGA, el porcentaje de incapacidad lo determina la Junta departamental de calificación de invalides.

Si el beneficiario eleva su solicitud durante el año siguiente a la ocurrencia del hecho y cumple con los requisitos exigidos, la Agencia Presidencial para la ACCIÓN SOCIAL y la Cooperación Internacional reconocerá al sobreviviente, por concepto de Asistencia Humanitaria por Incapacidad Permanente y por una sola vez, la suma de *hasta* cuarenta (40) salarios mínimos legales vigentes del año de ocurrencia del hecho. Si se solicita ante el FOSYGA Se reconoce un valor máximo

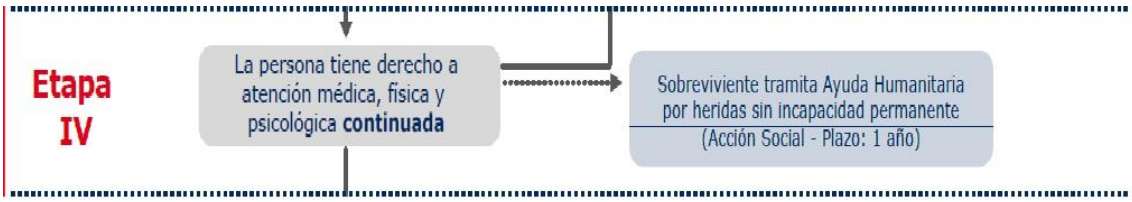
de hasta 180 salarios mínimos diarios legales vigentes en el año en que ocurrió el accidente con un plazo de hasta seis (6) meses para su reclamo.

Además de tramitar las ayudas, el sobreviviente que adquiere discapacidad tiene derecho a iniciar un proceso de *Rehabilitación médica, física y psicológica.*

La rehabilitación no es solo la prestación de la atención médica, sino un proceso multidisciplinario que contiene actividades de profesionales capacitados en diferentes áreas del conocimiento para que las personas con discapacidad logren condiciones adecuadas mejorando si es posible la función perdida y aumentando su calidad de vida. Estas actividades se prestan de forma gratuita en instituciones especializadas hasta por un año o seis meses según criterio médico. Las instituciones deben recobrar al FOSYGA presentando los formularios correctamente diligenciados y la evidencia de los servicios prestados.

2.5.4 Etapa IV: Atención médica, física y psicológica continuada.

Figura 10. Ruta de atención integral a víctimas de MAP, MUSE, AEI. Etapa IV.

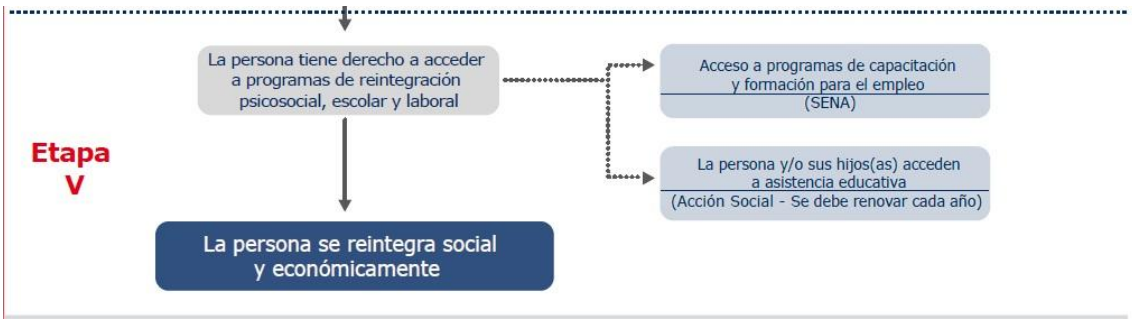


Fuente: PROGRAMA PRESIDENCIAL PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL. Ruta de atención integral a víctimas de minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (MUSE) y artefactos explosivos improvisados (AEI). [En línea]. Bogotá: El Autor, s.f. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Documents/ruta_atencion_completa.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

La rehabilitación es un proceso que requiere de etapas y tiempo, para el alcance de objetivos o metas posibles. Con lo anterior, se evidencia que este proceso integral de atención medica, física y psicológica debe mantenerse en el tiempo para lograr la reincorporación de la víctima a la sociedad.

2.5.5 Etapa V: Reintegración psicosocial, escolar y laboral.

Figura 11. Ruta de atención integral a víctimas de MAP, MUSE, AEI. Etapa V.



Fuente: PROGRAMA PRESIDENCIAL PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL. Ruta de atención integral a víctimas de minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (MUSE) y artefactos explosivos improvisados (AEI). [En línea]. Bogotá: El Autor, s.f. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Documents/ruta_atencion_completa.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

En esta etapa de la ruta se encuentran los beneficios a los cuales pueden acceder las víctimas para su reintegración socio-económica. Desde el ámbito educativo, la víctima y su familia tienen prioridad en la asignación de cupos en los establecimientos educativos oficiales de enseñanza (primaria, secundaria y media vocacional) con exoneración total de pago de matrícula y pensión. A través del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) se cumple la función estatal de invertir, en el desarrollo social y técnico de los trabajadores, ofreciendo y ejecutando la formación profesional e integral para la incorporación de las víctimas a las actividades productivas por medio de la bolsa de empleo para contribuir a su reintegración social y al crecimiento del país.

En el ámbito de vivienda, a través de las Cajas de Compensación Familiar, se puede acceder a aportes en dinero (hasta 135 salarios mínimos mensuales vigentes) o especie (terreno), por una sola vez, para adquisición de una vivienda nueva, la construcción de una vivienda en sitio propio o el mejoramiento de una vivienda de Interés social de su propiedad.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

El propósito de este estudio es ilustrar e interpretar la afectación o el impacto en la vida a través de los relatos de sus experiencias de algunas personas que se han topado con MAP, teniendo como eje fundamental la ruta de atención propuesta por el gobierno.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adquirir información básica de la realidad de MAP, MUSE y AEI.

- Describir e interpretar la aplicabilidad de la ruta de atención propuesta por el gobierno colombiano según los relatos de los participantes.

4. METODOLOGÍA

4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

El estudio se hizo con un abordaje metodológico cualitativo fenomenológico; en el que interpretó de manera subjetiva la transformación de la vida de quienes se han topado con un accidente por MAP. Como técnicas para recolectar la información se utilizaron la entrevista semiestructurada a tres participantes hombres adultos (una víctima de MAP, un médico asistencial y un gerente de hospital público) y la observación durante la misma.

4.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA

Para este estudio se seleccionaron por conveniencia tres participantes hombres adultos (una víctima de MAP, un médico asistencial y un gerente de hospital público).

Para efectos del trabajo de investigación se seleccionó una muestra basada en criterios de oportunidad y disponibilidad[15].

4.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las técnicas de recolección utilizadas fueron la entrevista individual semiestructurada audiograbada y la observación durante la entrevista. La primera permitió descubrir a través del discurso las percepciones que los entrevistados tienen acerca de su vida y el accidente de MAP, la atención y gestión. La segunda,

[15] GALEANO MARÍN, M. E. Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2005. p.18, 34, 37, 46, 74.

como técnica complementaria y paralela a la entrevista, sirvió como un universo de referencia del conjunto de códigos no verbales que se producen en la interacción y que dan cuenta de las vivencias individuales y de las consecuencias que origina toparse con las MAP, y como estrategia de contextualización de la entrevista y validación entre el entrevistado y el entrevistador.[16]

Las tres entrevistas fueron realizadas en la ciudad de Medellín.

4.4 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

La sistematización de la información se llevó a cabo de la siguiente manera: para la entrevista semiestructurada y la observación durante la misma se aplicó una guía con base en preguntas abiertas que ilustraran acerca de la temática.

El análisis de la información tuvo varios momentos: primero se hizo la transcripción, luego se pasó a la lectura y escucha rigurosa y continua de las entrevistas y a continuación se agruparon algunos apartes por afinidad temática y por último se escribió el informe final, en el que se describieron y analizaron los hallazgos, se incluyeron los testimonios y se vinculó la teoría.

[16] Ibid., p. 18, 34, 37, 46, 74.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En relación con el rigor ético, el presente estudio se enmarcó dentro de la categoría de estudios con riesgo mínimo según la resolución 008430 de 1993[17] por tratarse de una investigación que abordó sujetos vulnerables cuya participación podía generar algún cambio en su condición psicológica o social como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Igualmente, se garantizaron la privacidad de los participantes y la confidencialidad de la información mediante la utilización de seudónimos en las transcripciones y los testimonios y el uso de la información solo para los fines propuestos en el estudio. Además, se garantizó el respeto a la autonomía de los participantes en la investigación mediante la elaboración y obtención del consentimiento informado escrito y, finalmente, se hizo devolución de los resultados y la entrega escrita a los participantes.

[17] LONDOÑO DE LA CUESTA, J. L. y otros. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud: Resolución nº 008430 de 1993. Bogotá: Ministerio de Salud, Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico, 1993.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Mi vida…

Antes del accidente… El cielo azul, los primeros rayos del sol, el tinto con mis amigos, la satisfacción al servir a otros, la gestión hospitalaria, el rocío en el prado, el olor a boñiga, el cantar del gallo, las risas de los niños jugando en los arboles, el crujir de la madera en el fogón, el catarro en la consulta, la atención de los partos, el día a día en las labores del campo…

Las personas que participaron en este estudio por medio de las entrevistas, nos contaron como era su vida antes del accidente o antes de tener contacto con víctimas de MAP. Estilos de vida diferentes:

José (víctima de MAP)

"Vivía con mi familia y vivía bien, pues, trabajando todos los días, Yo trabajaba de mototaxi, eso era una zona rural, es una carretera destapada y allá hay muchos mototaxis y carros que trabajaban también. Movíamos pasajeros, los carros también movían pasajeros, nosotros también nos tocaba cargar bultos y así. Quería seguir viviendo así. Normal. Pues feliz, quería seguir trabajando, y seguir haciendo lo que estaba haciendo. Estaba bien…"

Carlos (Médico asistencial)

"Yo sé que desde los cinco años de edad yo tenía claro que iba a ser médico, yo siempre pase por la etapa de ser bombero, astronauta… Pero desde los cinco años, me concentre como en la parte de querer ayudar al otro, realmente es como eso, siempre ha sido un motor en mi vida ayudar.

En las prácticas de la carrera, en el internado, me asignaron (un municipio antioqueño en zona de riesgo), me dijeron: usted tiene que ir a hacer el ruralito allá, que era un mes no más. Yo me enojé, pelee con todo el mundo, hice la pataleta del caso, pero me dijeron de malas, se tiene que ir, me fui un mes, estando todavía estudiando, y me fue súper bien, es una muy buena plaza, se trabaja con las uñas, en las veredas me toco estar solo por allá con un rural, él siendo médico, yo apenas aprendiéndole a él, entonces fue muy interesante. Como fui el primer interno allá, me ofrecieron volver, entonces yo les dije listo, me gradué en el 2008 y llegue en diciembre a hacer el rural, seis meses de rural, luego me dijeron que me quedara, me quede otros seis meses."

Como se observa en los relatos anteriores, ellos, desde roles diferentes, cumplían sus deberes y estaban satisfechos al sentirse útiles para la sociedad. Ahora, desde la parte administrativa, Rafael (gerente ESE) nos cuenta:

"En este tipo de casos (accidentes por MAP) *me ha tocado, la ubicación de los pacientes, la recepción, el trámite administrativo que son los recobros y a las familias obviamente nos ha tocado orientarlas con el trámite administrativo."*

Aquel instante

La mayoría de los accidentes por MAP ocurren mientras las personas laboran en el campo, en distintos tipos de actividades generalmente en lugares conocidos y frecuentados por los sobrevivientes quienes viven o trabajan en áreas lejanas, solitarias y montañosas. Estas características geográficas, generan barreras de acceso que dificultan el rescate y la evacuación de las víctimas. Como lo cuentan dos de los participantes:

José (víctima de MAP)

"El día del accidente yo iba en la moto, iba para la vereda, donde termina la carretera y me baje de la moto y avance hacia un potrero a hacer una necesidad y me pare en la mina… El potrero pertenece a una finca y la casa queda muy retirada donde estaba el potrero y ahí se mantiene ganado…"

Carlos (Médico asistencial)

"La primera víctima con la que tuve contacto llego como cuatro días después, estaba en una vereda muy lejana, no me acuerdo el nombre, era como… La vereda quedaba… Tenían que andar en burro un rato, luego caminar, luego otra vez en burro o en caballo, quedaba lejísimos. Él fue en sus actividades de agricultura. Cayó en un campo minado que él sabía de la existencia del campo, pero tuvo que atravesar. Él estuvo como doce horas, ahí, mientras fueron a buscar ayuda y llegaron ya a sacarlo. Hasta que alguien se arriesgo a meterse al campo porque ya igual sabían que esa zona tenía minas… Lo evacuaron unos vecinos, pues gente cercana, él estuvo en el campo minado mucho tiempo, antes de que lo sacaran, antes de que llegaran los vecinos, lo sacaron en hamaca."

"El segundo si era un señor más de edad, también en sus labores de agricultura, ese si no sabía que había campo minado, pues la gente por lo menos sabe donde están, el señor no sabía, este si fue accidental, igual que el primero, pero él si no sabía que había campo minado, con este fue más impactante porque tuvimos más tiempo con él en el hospital, más tiempo estoy hablando de un día, lo cogieron en la tarde y al otro día en la mañana, en la madrugada ya lo estábamos evacuando también…"

Con lo anterior corroboramos que las consecuencias de esta problemática van más allá de las secuelas físicas, poniendo a la población en constante temor por tener que laborar o recorrer lugares sembrados con MAP, convirtiendo el trabajo y su rutina en una situación de alto riesgo, pero que deben enfrentarse a esta realidad como única alternativa y con valor para continuar esperanzados de que nada malo va a ocurrir y que cada día va a ser mejor.

Minutos después

Paralelo a lo anterior, se observa que el rescate, la evacuación, y la primera atención por el personal de salud se complica porque además de las barreras geográficas es evidente la existencia de un contexto de orden público bastante complejo, como lo vemos reflejado en el relato de Rafael (gerente ESE):

"Nosotros lo que hacemos cuando tenemos la posibilidad de recogerlos, lo recogemos, pero dependiendo de los horarios, no lo hacemos, dependiendo de la ubicación, no lo hacemos, para nosotros hay unos horarios en los que no permitimos que el personal de salud salga a ciertas partes por seguridad.

Sin duda alguna es el temor constante a salir a la vereda en el personal de salud. tenemos un manual de brigadas, se llaman reuniones previas en la salida estudiamos el ingreso, el comportamiento en el área, lo que se va a hacer, como se va a transportar, todo, todo, todo lo calculamos y no hemos tenido afortunadamente ningún accidente con el personal de salud."

Relacionado con lo anterior, lo último que esperaban era encontrarse con una mina antipersonal. Pero sucedió. El momento posterior a la explosión es confuso, la ausencia de dolor físico a pesar de la magnitud de las heridas, sensaciones contradictorias de vida y de muerte, de supervivencia y de incertidumbre, de gratitud y de pérdida se conjugan en una sola, tan intensa y profunda como las

heridas físicas, psicológicas y emocionales que permanecerán por siempre. Así lo vivió José (víctima de MAP):

"En ese momento, yo iba, la pise. Yo no escuche la explosión, pues yo no la oí, pero en el momento ya no veía, pero al momentico empecé a ver normal y yo si mire alrededor pero yo quede ahí pues en el hueco y si vi pues el hueco, en ese momento yo no sentí nada, pero no me demore en sentir que estaba echando sangre por el ojo y de una vez vi que había perdido el pie también, pero me quedo pues como un hueso…En el momento no sentía dolor, yo me apuntale ahí, y yo sentí como entumido eso, y ya después salí a la carretera y ahí si me empezó a doler… Sabía que era lo que me había pasado y entonces yo pensé en quedarme ahí pero más bien… porque me daba miedo que de pronto me paraba en otra. Entonces mas bien, como del desespero, no se… Salí de una para la carretera, y yo me apuntale en ese pie, yo lo sentí entumido, y ya de ahí, de alguna manera salí, salí como en las manos y en el otro píe, hasta la carretera por que no estaba muy lejos..."

Es llamativo que José percibe lo que le ha sucedido, y aunque no siente dolor inmediato se enfrenta a la dura decisión de levantarse en busca de ayuda, con la posibilidad de pisar otra mina, o quedarse allí solo, mientras se complica aún más su situación clínica y tal vez por su instinto de supervivencia finalmente, sin pensarlo más decide salir. Una vez José encuentra cierta seguridad llegando a la carretera, es donde se da espacio a sentir el dolor físico. Aún así, después de transcurridos dos meses del accidente, José en el momento en el que participa de este estudio se observa inquieto pero silencioso cuando se le pregunta que sintió en ese instante, tal vez por evitar recordar. Es entonces donde rápidamente nos describe lo que percibieron sus sentidos, pero sin ahondar en sus emociones.

De otro lado, Carlos (médico asistencial) nos cuenta como las emociones persistentes en una de las víctimas que él atendió, eran de impotencia por no

poder cambiar la situación y su constante pregunta por un futuro incierto para sus seres queridos, inclusive por encima de su condición clínica y su dolor físico.

"…Pero con él, era más difícil porque él no quería dejarse remitir, él decía que no, porque la preocupación del señor era quien iba a ver por los hijos de él. Yo no me acuerdo exactamente cuántos niños tenía, pero el siempre hablaba de la señora… Bueno, y como va hacer mi señora para atender… Y él hablaba de siete, ocho niños más o menos, era así, era un número… Bastante.

La preocupación del señor, más que haber perdido la pierna, porque él también tuvo amputación, más alta como, a nivel de la rodilla, a pesar de que tenía dolor, la preocupación de él, era la sostenibilidad económica de los niños. Osea que quien se iba a ir a cultivar y a cosechar su tierrita para poderlos atender…"

También en el relato de Carlos (médico asistencial) se conjugan los sentimientos de impotencia no solo de la víctima, además de él mismo, desde su ideal de querer ayudar al otro, pero que en estos casos, su limitación en la parte social, lo deja sin palabras.

"Nosotros ahí entramos a explicarle, que él no se podía quedarse allí, que necesitaba cirugía, que necesitaba organizar el muñón, se le explicaba lo de la atención, lo de la posible rehabilitación después, le contábamos que él iba a tener unos subsidios para la atención acá. Sin embargo cuando ya él decía: bueno, pero entonces… ¿Quién va ver por los hijos acá?… Era muy difícil porque se quedaba uno sin respuesta. Nosotros le podemos garantizar que allá lo atiendan, porque acá en Medellín hay instituciones que se hacen cargo, apoyan mucho a estas personas víctimas de minas. Pero la atención a los niños era lo más difícil, y era la preocupación de él. Entonces nosotros le explicábamos la parte médica, el riesgo que era quedarse así… Sin haber organizado el muñón, explicándole el riesgo de infección, explicándole que tenía que tener tratamiento, que había

posibilidades de rehabilitación, que esperara que de pronto más adelante podía tener una prótesis, explicándole que él si iba a hacerse cargo de su familia pero más adelante, eso era como lo que nosotros podíamos hacer por él."

En la entrevista de Rafael (gerente ESE), se mezclan las preocupaciones de la parte económica que tanto impacta a los hospitales, con un sentimiento de impotencia y dolor.

*"A nivel gerencial esto para uno siempre lo es (*los accidentes por MAP*), porque todo genera unos costos y todo genera unos recobros que uno tiene que hacer… y a nivel personal genera otros impactos y es uno ver una desmembración frente a una víctima de otro humano, pues eso genera un impacto individual social pues que uno no puede evitar y uno siempre lo mira también desde los dos aspectos."*

La primera atención

Siguiendo el curso de los relatos después del accidente, José (víctima de MAP) y Carlos (médico asistencial) nos cuentan:

José (víctima de MAP)

"…Y ya en ese momentico paso otro muchacho en una moto y ya aviso. Allá donde termina la carretera vino un carro y me recogió en el camino, vino una enfermera me encontró, me hizo los primeros auxilios me puso suero, ya ahí en el corregimiento me puso droga pal dolor en el centro de salud, ya me mando para el pueblo… de una, eso no me demoraron, fue bien la atención y ya me limpiaron pues las heridas y me volvieron a montar en la ambulancia muy rápido eso, fue ligero, y de una para Medellín pa ahí para el San Vicente…"

Carlos (médico asistencial)

"Nosotros supimos mucho tiempo antes, a nosotros nos avisaron… hubo una víctima por mina en la vereda… no me acuerdo el nombre. Porque ellos llegaban a un centro médico primero. Llamamos y les dimos las instrucciones a las enfermeras les dijimos que hicieran curación muy sencilla y que nos lo remitieran que igual la ambulancia iba a estar allá, tuvimos tiempo suficiente de llamar la ambulancia, por eso fue que, la remisión fue tan rápida porque tuvimos tiempo antes de que llegara, él llegó después de que nosotros supimos, como un día, día y medio después a la vereda, al centro médico, de ahí a la vereda en la ambulancia si es muy corto, estamos hablando de unas tres o cuatro horas, pues relativamente corto, para llevar cuatro días esperando.

Él llego con unas vendas, y con hierbas, con matas, no sé qué tipo de matas exactamente pero él llego con esa herida muy, muy infectada, y una pierna no más. Una pierna amputada, amputación total pues, heridas avulsivas y en la otra pierna si como daños por esquirlas. Esa fue la lesión de él.

Ese, el que les digo que la atención médica ahí en el hospital fue muy poca porque llevaba ya cuatro días, entonces llegó, superinfectado, entonces simplemente hicimos como curación y menos mas la evacuación fue muy rápida.

En ese momento todo el mundo estaba a la expectativa, cierto, entonces tuvimos tiempo suficiente de avisar a la alcaldía, de avisar a personería, cuando él llego ya había gente de la administración municipal ahí, pues como pendientes de ayudarle con lo de las cartas, como ya habíamos hecho la capacitación previa, todo el mundo estaba sensibilizado en cuanto a qué hacer, la reacción fue como inmediata…"

Ahora bien, al escuchar, leer e interpretar estos relatos, y relacionar la información con la ruta de atención propuesta por el gobierno para víctimas de MAP, se observa que en la primera etapa de la ruta que es la atención pre hospitalaria, después de sobrepasar las barreras de acceso, se logró trasladar a las víctimas a los centros de salud y prestarles los primeros auxilios. Sin embargo, nos llama la atención la forma en que ocurre el accidente, el tiempo que transcurrió entre el accidente y los primeros auxilios y la forma en que estos fueron suministrados, lo que evidencia la necesidad de educación en la comunidad en cuanto comportamientos seguros para evitar nuevos accidentes y en la correcta prestación de los primeros auxilios para disminuir las complicaciones clínicas y psicológicas.

Adicional a lo anterior, y conforme a los relatos siguientes, hace falta fortalecer estrategias para fomentar la Educación en el Riesgo de Minas (ERM) como un pilar fundamental en la Acción Integral Contra Minas Antipersonal (AICMA), no solo para la comunidad, sino también para el personal de salud a nivel académico y laboral.

Lo que sabíamos

José (víctima de MAP)

"*Yo no había visto las minas, sabíamos pues que si era riesgoso salir pues de pronto muy fuera del camino, o pegar así para los montes. Y por allá pues era muy poco lo que iban a hacer reuniones sobre eso solo me di cuenta de una que la hicieron ahí en el pueblo pero yo no estuve y no, de resto no. Pues carteles o así cosas que nosotros supiéramos o nos informaran sobre eso, no.*

Por allá a otro compañero lo levanto una mina de esas, pero fue una grande de esas que son activadas con celulares, porque la que yo pise era antipersonas que eso es solo pisarla y ya, las otras, las activan con celulares y esa desapareció un

muchacho en una moto. Y después fuimos a levantar el muchacho pues, a ver que había y otro encontró por allá un celular y lo cogió y entonces también lo hirió, hirió otros dos, uno quedo muy herido se murió en el camino y los otros heridos se recuperaron de lo que les paso."

Carlos (médico asistencial)

"En la universidad no me dieron clases que tuvieran que ver con víctimas de minas o artefactos explosivos. Tal vez en ortopedia por ahí vi, como lesiones por guerra, pero realmente nada específico y menos de la ruta de atención".

Rafael (gerente ESE)

"El Comité Internacional de Cruz Roja (CICR) nos ha capacitado y lo que es el grupo de trabajo que está en la vereda, nosotros somos un grupo de trabajo asistencial que hace acción en vereda, la capacitación es a través del CICR para ese tema y a través de la ruta de manejo del paciente accidentado por minas también, no nos han capacitado directamente, pero nos han mandado los cartoncitos que tenemos pegados allá… A nivel operativo, nosotros hacemos las capacitaciones a través del plan territorial de salud, nosotros venimos trabajando este tema, lo que es la contaminación por armas, de una forma muy discreta lo hacemos con la comunidad donde estamos inmersos, se maneja como es el comportamiento en los caminos, por donde se debe caminar, que no se debe quitar…"

Mucho después

Posterior a la primera atención médica que se dio en los hospitales municipales, todas las víctimas fueron remitidas a la ciudad de Medellín para continuar con la ruta de atención. Así lo cuentan los entrevistados:

José (víctima de MAP)

"Si, en el san Vicente me hicieron todo, lo de la pierna, en el ojo también porque el ojo me lo estallo eso, y eso me lo sacaron como a los tres días me hicieron una cirugía, me lo sacaron y después me hicieron otra para reconstruirme un poco ahí, porque esto quedo acá sin parpado y después me van a dizque a liberar el parpado y ya después dizque a ver si me adaptan una prótesis ahí…"

Rafael (gerente ESE)

"Si ese paciente necesita un nivel superior nos toca remitirlo y llevarlo, al paciente se le pide el documento de identificación y como ya uno identifica que tipo de accidente es, en el motivo de ingreso uno identifica el evento y fuera de eso cuando uno hace la remisión o cualquier cosa que tenga que ver con el recobro uno anexa la certificación de la secretaria de salud o de la secretaría de gobierno. El evento lo reportamos al SIVIGILA y el SIVIGILA se encarga de entregarlo a la secretaria de salud."

Teniendo en cuenta que estos accidentes rompen abruptamente la realidad de las personas que los sufren, separándolos de su círculo familiar y social, es primordial mantener el apoyo y la compañía constante de sus seres queridos, es así como para José es importante que sus amigos y familia se sigan preocupando por él y que no lo abandonen. Sin embargo, las víctimas deben desplazarse a la ciudad para continuar con su proceso de atención, rehabilitación y acceder a los beneficios económicos, quedando desprotegidas económicamente y en su condición de discapacidad hasta que culminen los tramites y lleguen las ayudas o indemnizaciones.

José (víctima de MAP)

"En la alcaldía de Medellín nos han pedido unos papeles para Acción Social, FOSYGA… y no sé que mas sobre las ayudas… hay una como de emergencia, hay otra de como una indemnización por la incapacidad permanente, algo así que me hacen una valoración en la junta regional y también hay una psicóloga también he hablado con ella. Esas vueltas las hizo mi mamá, estuvo en el pueblo, allá le dieron el certificado en la alcaldía. En Cruz Roja nos dieron una plata, 250.000 pesos. En la alcaldía nos dijeron que esas ayudas se demoran de seis meses a dos años… Mis amigos me llamaban mucho, ya no me llaman casi… pero ellos siempre a veces están pendientes de mí, a veces yo hablo con algunos y me dicen como esta eso por allá. La familia también, también hablo mucho con mis hermanos, las tías me llaman, los tíos, mi papá. Mi mamá es la única que se mantiene al pie mío, siempre conmigo. Estamos viviendo ella y yo donde un familiar en Medellín."

Carlos (Médico asistencial)

"En ese momento hacían ese trámite con doce cartas, de la personería o de la alcaldía o de cualquier ente administrativo que pudiera certificar que él era una víctima por una mina o un artefacto explosivo para poder hacer en Medellín toda la atención, porque si no, no lo atendían acá, entonces aquí le empiezan a pedir que pal subsidio que da el CICR, o para el apoyo que dan los hospitales, para la rehabilitación, todo eso, entonces empiezan a pedir todas esas cartas. Ya se disminuyo, de resto, no deben de pedir absolutamente nada. El documento de identidad sí, porque igual a la EPS también le hacen cierta parte del cobro, aunque no debería ser, todo debe recaer al FOSYGA. Que piden aquí en Medellín, no sé…. Si uno regula bien al paciente desde el municipio, debería tener la atención sin ningún problema, solo con las cartas de certificación de que es víctimas por mina, no debe haber ningún problema, si uno lo manda bien, primero era el Pablo

Tobón Uribe, luego paso a ser el Hospital San Vicente de Paúl, en este momento no sé cómo esta…Porque lo último era que el San Vicente atendía todas las víctimas por minas Antipersonales de Antioquía.

Uno hacía el registro ahí en el hospital y ya ellos lo mandaban a la Dirección Local, luego a la Dirección Seccional de Salud, pues como el reporte, sí tenía que estar el CIE-10, pero como para la atención del paciente realmente no, es que no pedían ni siquiera copia de la historia o algo. Solo las cartas y ya… Y uno mandaba la remisión, pero como la mandaría como con cualquier otro paciente, pero no porque sea por víctima de mina había que hacer un papel diferente…"

Es llamativo, que el proceso de la ruta de atención para el caso de los entrevistados se ha cumplido, lo que nos demuestra que en estos casos hubo un conocimiento o un direccionamiento por parte de las instituciones. Sin embargo, en la parte de las indemnizaciones y trámites para las víctimas, aunque se está haciendo un gran esfuerzo por articular todas las instituciones participantes, para facilitar este proceso, se dilata por múltiples causas, una de ellas es la falta claridad en los plazos para la entrega de estos beneficios a las víctimas, quienes no solamente están en un periodo temporal de inactividad, sino que también sus familias sufren las consecuencias.

Para terminar

Continuando con la aplicabilidad de la ruta de atención, es preciso anotar que aunque existen mecanismos para hacer el recobro de las atenciones clínicas al FOSYGA, aún sigue siendo complicado este proceso como nos cuenta el personal de salud.

Carlos (médico asistencial)

"…No tengo ni idea del recobro en el hospital, porque en teoría debía cobrar la ambulancia, todo eso se lo tienen que pagar. Pero yo no sé si hicieron recobro…"

Rafael (gerente ESE)

"A las EPS realmente no se les ha generado ningún costo, ni para el paciente, todo se hace por el FOSYGA. Nos ha tocado muy duro con los recobros, porque con el FOSYGA tenemos muchos que no nos ha pagado, más que todo el problema es el tramite, porque hay unos formatos que ellos tienen, hay unas bases de datos de archivos planos que uno tiene que diligenciar, donde si falta alguna coma, cualquier cosa, ellos no los pagan, lo devuelven, nosotros hemos tenido dificultades por eso, porque es un gasto grande administrativo, un gasto que hacemos nosotros en la atención y el FOSYGA es muy estricto en el requerimiento para el pago, pues durante lo que llevamos ahorita ninguno ha sido pagado. Y no nos han entrenado para diligenciarlos bien.

Hemos estado solicitando capacitación al FOSYGA pero es muy complicado. La capacitación sin duda alguna no solamente en las empresas de salud, sino con los entes gubernativos ellos se encargan muy bien de especificar que es lo que hay que hacer, pero no se encargan de especificar muy claramente cómo es que se cobra, a mi me parece que hay un vacio grande allí, porque te lo devuelven porque está mal diligenciado, pero no vamos al grano y a donde nos vamos y quien me apoya y a quien llamo…"

Lo anterior, corrobora que hace falta acompañamiento por parte del Estado para garantizar que los mecanismos de la ruta funcionen oportunamente, minimizando la preocupación del personal administrativo de las instituciones de salud.

El proceso de rehabilitación de las víctimas continúa con la atención médica, física y psicológica continuada, así lo mencionó José (víctima de MAP):

"…Y tuve unas terapias en el hospital pues sobre el muñón como quince días pues de terapia, eso… primero me dieron diez, después cinco. Allá estuve haciendo terapia quince días y allá me pusieron a hacer muchos ejercicios, también terapia ocupacional, y del píe, del muñón, también me ponían a hacer fuerza con unas pesas acá, unos resortes, me decían que siguiera haciendo eso en la casa también. Me han dicho que sigue lo de las prótesis…"

Sin embargo, en esta etapa, además de los procedimientos clínicos y psicológicos que debe continuar el paciente, deberían incluirse mecanismos para la retroalimentación entre las instituciones de salud.

Carlos (médico asistencial)

"…No se tampoco como les termino de ir a las víctimas. Nosotros allá perdimos contacto completo no sabemos si el señor volvió, quien sostuvo la familia, realmente después de que los remitimos, se perdió todo contacto con las víctimas. Un problema que tienen los hospitales de nuestros municipios y es que tienen cierto abandono. Si no hay como un contacto de algún familiar o alguna cosa, no vuelve a darse cuenta de los pacientes. Yo creo que eso es un gran error, que yo en este momento no sé los dos pacientes como están, si sobrevivieron…"

Rafael (gerente ESE)

"Nosotros lo que hacemos es orientar… Hacia la secretaría de gobierno y secretaria de gobierno ya les orienta como es que hacen la parte de las indemnizaciones, el hospital no es directamente el encargado de esa parte, eso lo hace la secretaría de gobierno."

Este “cierto abandono” puede explicarse en parte por la complejidad de la situación de orden público que rodea este tipo de accidentes, obligando muchas veces a la comunidad a cohibirse en ahondar sobre los hechos para evitar conflictos a partir de malas interpretaciones. Es así, como en algunos casos se puede explicar también una cierta invisibilización de las víctimas para evitar ser estigmatizados o juzgados como culpables.

José (víctima de MAP)

“Si piensa uno que no debí haberme metido por ahí, pero ya después de que me paso… Por allá un muchacho me dijo dizque si yo sentía que me merecía eso. Y yo le dije que no, pues porque… Pienso que, no sé, uno es de libre albedrio y si uno digamos que está en la casa, el padre de uno no puede evitar que se valla de la casa y entonces no se, tampoco le echan la culpa a Dios, porque pienso que Él no fue el que le mando, porque digamos, que pienso yo que vino Dios y después apareció el diablo por ahí a interrumpir lo que Dios estaba haciendo, entonces Dios le dejo eso a él, a ver si él era capaz de gobernar solo y un día de estos vendrá a demostrarle que no va a ser capaz. Que esta malo ese gobierno, pienso yo, no sé…

Carlos (médico asistencial)

“…Si hay prejuicios, si la gente tiende a señalar a esas personas víctimas por minas, porque a veces dicen… las señalan como si tuvieran la culpa, o como si ellos permitieran que eso pasara, o a veces los acusan o los señalan como si ellos la hubieran estado poniendo, como si fueran ellos los causantes de eso, entonces de pronto ese prejuicio que hay frente a esa víctima, y esa misma barrera que nosotros ponemos que nos hace de pronto alejarnos de esa parte humana del paciente es como lo que uno ve ahorita, que más se ve, en la parte asistencial específicamente…

Llega la autoridad y empieza como a tratar de hacer esa investigación, porque empiezan a no ponerlo como víctima, sino como victimario… "

En la etapa final de estas conversaciones llegamos a la reintegración, y es aquí donde se evidencia la transformación de la vida de estas personas.

Después…El tiempo en el hospital, los bolsillos vacios, la familia con hambre, los recuerdos caóticos y tristes llenos de dolor y angustia, vivir como inquilinos, las muletas, el miedo constante a salir a las veredas, un sin sabor por la impotencia de no poder detener este flagelo. Entonces: ¿volver al campo? o ¿recomenzar la vida en la ciudad?

José (víctima de MAP)

"Yo he pensado que según como me valla con la prótesis porque de pronto la vista pues, no me impide mucho, se acostumbra uno a ver con una sola. Y entonces he pensado seguir haciendo lo mismo, lo que estaba haciendo, volver a trabajar allá. Seguir por ejemplo manejando la moto si puedo, porque me han dicho que se puede. Yo siento que se puede.

Yo pienso pues que siempre es durito acostumbrarse, también debe de ser maluco la prótesis… Porque debe de ser durito acostumbrarse, pero seguir la vida y… no sé, pienso de pronto si puedo hacer lo mismo, ponerme a estudiar, algo debo hacer.

No sé, yo no he querido como estudiar mucho porque, antes me gustaba, pero ahora no sé… no como que quiero perder el tiempo haciendo lo que no quiero hacer… lo que no me gusta. Yo hice la primaria y estuve haciendo sexto un poco

De pronto una capacitación o aprender a tocar algún instrumento pues siempre he querido aprender a tocar guitarra, pero no sé… estudiar no me suena como mucho."

Carlos (médico asistencial)

"…Y sí, obviamente uno queda recordando los pacientes, queda como con muchos otros pacientes que uno queda tocado, a pesar de que uno trata de poner esa barrera, igual esas víctimas por minas, ver la angustia del señor, ver que uno en cierta forma ha trabajado porque eso no pase más, pues sí, te toca, y hay que seguir trabajando y seguir metiéndole…Ahorita estoy estrenándome como papá, entonces estoy trasnochado, aprendiendo los caprichos del niño, eso me hizo aplazar la especialización, yo me quería especializar en cirugía, porque me gusta es como la parte de trauma…"

Rafael (gerente ESE)

"Definitivamente no es lo mismo gerenciar un hospital que este en una zona de alto riesgo que otro tipo de hospital…"

Percibimos que la vida de estas tres personas se ha transformado luego de tener contacto con las minas, víctimas o sus consecuencias, en el caso de José que pensaba que este tipo de accidentes no le iba a pasar a él y quien antes se sentía útil laborando, ahora se encuentra en una etapa de expectativa e incertidumbre por su futuro próximo, esperanzado en poder regresar a su vida de antes. En el caso de Carlos, actualmente su vida se mueve entre el ámbito asistencial, con la idea de especializarse en cirugía para manejar el trauma y la parte social a través de una organización no gubernamental con proyectos con alto impacto social. Y recuerda las víctimas, lo que en parte lo motiva para seguir trabajando por la comunidad. En el caso de Rafael, se observa la gestión hospitalaria diferente al desempeñarse en una zona con esta problemática.

Para finalizar esta parte, es importante revisar la opinión de Carlos en cuanto a la ruta de atención:

"La ruta de atención está muy bien diseñada, tiene todo lo que esas personas necesitan, pero como todo en Colombia, hay que ponerlo en práctica para darse cuenta que siempre van a haber problemas. Pero la ruta como tal de atención, está muy bien diseñada, el paciente en la ruta tiene el apoyo psicológico, el apoyo económico que puede necesitar, la posibilidad de que haya prótesis, la atención completamente gratuita, el transporte, el traslado donde lo necesite, la ruta eso lo indica, ya hay que ver como es la aplicabilidad.

La ruta como tal yo creo que no necesita corregir nada, es más como difundir esa ruta, enseñar esa ruta, que los pacientes tengan más información de la ruta para poder que hagan uso de ella.

Es que yo creo que la ruta de atención es demasiado completa, yo creo que la ruta necesita programas pero que impulsen su información, que impulsen el conocimiento en la parte médica, en la parte administrativa, en la misma gerencia Yo creo que más bien es impulsar esa ruta, yo creo que tiene lo que tiene que tener, y es más bueno de hacerle conocer a los pacientes y al personal asistencial que existe y como funciona. Y especialmente en los municipios y más en Antioquia que sabemos tiene gran problemática con las minas. Yo fui el que llevo el cuento de la ruta de atención al hospital del pueblo, en el hospital no se tenía conocimiento de eso. El gerente lo único que tenía claro era que tenía que pedir doce cartas…"

Partiendo de este comentario de Carlos, cuando dice que la ruta de atención está bien diseñada, ya que incluye una serie de herramientas que ayudan a suplir de manera integral las necesidades de las víctimas, desde el mismo momento del accidente hasta su reintegración bio-psicosocial. Observamos que en el momento

práctico, se encuentran algunas dificultades de orden informativo y administrativo. Ya que con base en los relatos plasmados en este trabajo es evidente las brechas del conocimiento desde los diferentes actores. La población tiene poca información y es escasa la asistencia a las capacitaciones que brindan tanto entes gubernamentales, como no gubernamentales. Sumado a esto, es escasa la formación en esta temática desde el ámbito académico del personal asistencial de salud. Sin dejar atrás que en las zonas afectadas por MAP, generalmente aún persisten los conflictos armados, dificultando la misma difusión de información, el quehacer asistencial de salud y hasta la misma aplicabilidad de la ruta de atención.

7. CONCLUSIONES

Es evidente que Colombia, enfrenta una problemática bastante compleja desde el punto de vista del conflicto armado, incidiendo directamente en el ámbito socio económico de las poblaciones, obstaculizando su desarrollo y dejando marcas imborrables en su historia.

Como consecuencia directa de estos enfrentamientos están las víctimas por MAP, que aunque en los últimos años y gracias a esfuerzos no gubernamentales y gubernamentales desde el Programa Presidencial de Acción Contra Minas Antipersonal (PAICMA), han conseguido un avance en la protección de los derechos de las víctimas y sus familias. Sin embargo, es paradójico que con tantos esfuerzos y recursos nacionales e internacionales aún se manifiestan brechas y vacios necesarios de ajustar para garantizar la real inclusión y adecuada reintegración.

En la Educación en el Riesgo de Minas (ERM) aún faltan estrategias para el despliegue integral de estas acciones no solo en la población rural vulnerable, sino también en las universidades, en los colegíos y en los eventos de ciudad.

En la Asistencia a las Víctimas (AV), se cuenta con una ruta de atención integral bien diseñada, pero que enfrenta problemas prácticos, por falta de difusión en la comunidad y personal de salud, acompañamiento del Estado a las instituciones de salud, demoras en el recobro efectivo al FOSYGA y tardanzas en el pago de las indemnizaciones a las víctimas.

En el Desminado Humanitario (DH), a pesar del compromiso adquirido por Colombia en el Tratado de Ottawa, los esfuerzos del gobierno siguen siendo

insuficientes por la cantidad de minas sembradas y por la persistencia del conflicto armado interno que hace que se sigan sembrando minas.

Nosotros como investigadores después de ahondar de manera teórica y por medio de los relatos de las experiencias como una forma práctica, evidenciamos una transformación que se llevó a cabo durante todo el proceso investigativo en nuestro interior, sensibilizándonos y permitiéndonos percibir e interpretar esta realidad como nuestra y no de forma ajena, reflejándose en nuestra visión y comportamiento profesional y personal motivándonos a trabajar de una forma más integral por la comunidad y especialmente por las víctimas de MAP.

Paralelo a lo anterior, y cumpliendo el objetivo de esta investigación, encontramos que si existe una transformación en el curso de vida, no solo de la víctima a quien abruptamente le cambio su existencia donde antes se sentía seguro y bien, dejándolo en una posición de incertidumbre y a la expectativa por su futuro, sino también en la vida del personal de salud que ha trabajado con víctimas de MAP, quienes movidos por esta problemática configuran su quehacer profesional de manera diferente en comparación con otros profesionales de la salud.

Por último, consideramos necesario, unificar esfuerzos y trabajar de manera articulada todos los actores involucrados en las Acciones Integrales Contra Minas Antipersonal, para tener mejores resultados y de mayor impacto.

Adicionalmente, es necesario sensibilizar y concientizar al personal de salud y a la comunidad en general de que la problemática por MAP, nos incluye a todos para buscar soluciones, construyendo un mejor mañana y un mejor país.

BIBLIOGRAFÍA

1. CENTRO INTERNACIONAL DE DESMINADO HUMANITARIO DE GINEBRA (CIDHG). Guía de actividades relativas a las minas. [En línea]. Ginebra: El Autor, 2004. Disponible en: <http://www.cnad.cl/sitio/documentacion/pdf/accionminas.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

2. COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1448 de 2011. [En línea]. Bogotá: El Autor, 2011. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley144810062011.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

3. --------. Ley 554 de 2000. En: Diario Oficial de Colombia. [En línea]. Bogotá. No.43.858 (Ene. 2000). Disponible en: <http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2000/ley_0554_2000.html> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

4. --------. Ley 759 de 2002. En: Diario Oficial de Colombia. [En línea]. Bogotá: No.44.883 (Jul. 2002). Disponible en: <http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2002/ley_0759_2002.html> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

5. COMITÉ DEPARTAMENTAL PARA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES POR MINAS ANTIPERSONALES Y ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS EN ANTIOQUIA. Decreto Departamental 0373 de 2003. [En línea]. Antioquia: E Autor, 2003. Disponible en: <http://200.13.243.150:8080/ISOlucion//bancoconocimiento/D/Decreto0373del20demarzode2003/decreto%200373%200020.jpg> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

6. GALEANO MARÍN, M. E. Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2005.

7. INTERNATIONAL CAMPAIGN TO BAN LANDMINES. Informe monitor de minas terrestres 2006: hacia un mundo libre de minas. Ottawa, Canadá: Mines Action Canada, Handicap International, Human Rights Watch, Ayuda Popular Noruega. Canadá: El Autor, 2006.

8. LONDOÑO DE LA CUESTA, J. L. y otros. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud: Resolución nº 008430 de 1993. Bogotá: Ministerio de Salud, Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico, 1993.

9. NACIONES UNIDAS – CENTRO DE INFORMACIÓN. Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas antipersonal y sobre su destrucción. (Convención de Ottawa). [En línea]. México: El Autor, 1997. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/temas/asun_hum/conv_ottawa.htm> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

10. NACIONES UNIDAS. Declaración del milenio. [En línea]. s.p.i. Disponible en: <http://daccess-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/559/54/PDF/N0055954.pdf?OpenElement> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

11. PROGRAMA PRESIDENCIAL PARA LA ACCIÓN INTEGRAL CONTRA MINAS ANTIPERSONAL. Víctimas minas antipersonal. [En línea]. Bogotá: El Autor, 2011. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Paginas/AICMA.aspx> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

12. --------. Acción integral contra Minas Antipersonal - AICMA. [En línea]. Bogotá: El Autor, s.f. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Cooperacion/Documents/accion_contra_minas.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

13. --------. Ruta de atención integral a víctimas de minas antipersonal (MAP), municiones sin explotar (MUSE) y artefactos explosivos improvisados (AEI). [En línea]. Bogotá: El Autor, s.f. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Documents/ruta_atencion_completa.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

14. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 2150 de 2007. [En línea]. Bogotá: El Autor, 2007. Disponible en: <http://www.accioncontraminas.gov.co/Documents/decreto2150-2007.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]

15. REPÚBLICA DE COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. COMPES 3567 de 2009: política nacional de acción integral contra Minas Antipersonal (MAP), Municiones sin Explotar (MUSE) y Artefactos Explosivos Improvisados (AEI). [En línea]. Bogotá: El Autor, 2009. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes/3567.pdf> [consulta: 09 de noviembre de 2011]