

# **Factores asociados a la búsqueda de atención en salud mental en la población adulta víctima del conflicto armado en Colombia**

Monroy- Sánchez, Diana-Carolina<sup>1</sup>; Porras Ramírez, Alexandra<sup>2</sup>, Ximena Meneses<sup>3</sup>

Autor de correspondencia: Diana Carolina Monroy Sánchez, dimonsa@unbosque.edu.co

## **Resumen**

**Introducción:** La búsqueda de la atención en salud mental es la puerta de entrada para acceder a estos servicios, sin embargo, en poblaciones vulnerables, especialmente las que han sido expuestas a escenarios de violencia por conflicto armado, además de sufrir afectaciones mentales, la probabilidad de que busquen los servicios de salud mental es baja.

**Objetivo:** Identificar los factores asociados a la búsqueda de atención en salud mental en la población adulta víctima del conflicto armado en Colombia.

**Materiales y métodos:** Con el análisis de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 en Colombia, se identificó con algunas preguntas a las personas víctimas del conflicto armado y las que refirieron algún tipo de afectación mental o emocional debido a la exposición a escenarios de violencia por conflicto armado. Posteriormente se identificaron a las personas que buscaron atención y las que no. El análisis se realizó con las variables sociodemográficas y las de referencia como condición de desplazamiento, discriminación, consumo de sustancias psicoactivas (SPA), la pregunta si suelen pedir ayuda cuando tienen problemas y, por último, ideación suicida. Se realizó la estimación de frecuencias absolutas, relativas y la asociación se realizó con la prueba de Chi cuadrado, modelo de regresión univariada y multivariada.

**Resultados:** Se evidencia asociación entre las variables sociodemográficas y la búsqueda de atención en salud mental, siendo el sexo, la edad y la variable de referencia discriminación las que se identifican en el modelo final.

**Conclusiones:** Es necesario continuar con más estudios dirigidos especialmente a poblaciones segregadas y vulnerables que permitan identificar el acceso efectivo a los servicios de salud mental.

---

<sup>1</sup> Psicóloga – Aspirante a magister en epidemiología de la Universidad El Bosque.

<sup>2</sup> Bacterióloga con especialización y maestría en epidemiología, Doctora en salud pública – Directora de la Maestría en Epidemiología de la Universidad El Bosque.

<sup>3</sup> Estadística - Aspirante a magister en epidemiología de la Universidad El Bosque.

## **Introducción**

La salud es un continuo en el que confluyen aspectos sociales, culturales, políticos, económicos, psicológicos y biológicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (1,2).

A su vez, la salud es un derecho fundamental del que todos los seres humanos debieran gozar al máximo, sin distinción de religión, raza, ideología política, o condición económica o social. En este sentido, este derecho incluye la búsqueda, el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad (3,4).

Como garantía de este derecho a nivel mundial, la OMS señala que todos los Estados deben velar por la promulgación de políticas y acciones concretas que promuevan el desarrollo del derecho social a la salud en todas las comunidades sin discriminación alguna (2,5).

Sin embargo, aproximadamente 100 millones de personas de todo el mundo cada año se ven obligadas a no buscar los servicios de salud y a vivir bajo el umbral de pobreza como consecuencia de los gastos sanitarios (6).

En Colombia, la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud (7), regula la formulación y adopción de políticas de salud que garanticen el goce efectivo de este derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema.

Aun así, los grupos vulnerables y marginados en Colombia y en otras regiones de Latinoamérica, soportan una proporción excesiva de los problemas sanitarios, y algunos

estudios (8,9,10,11,12) sugieren que esta población con grandes necesidades de salud y con menores ingresos no acceden a los servicios de salud porque en muchos de los casos no buscan la atención.

El derecho a la salud no solo se circunscribe a la salud física, sino que abarca una atención integral e integrada y humanizada en salud mental. Esto quiere decir, que debe considerarse una atención especializada con tratamientos que tengan la mejor evidencia de acuerdo con los avances científicos en salud mental, tal y como lo establece la Ley 1616 de 2013 o Ley de salud mental (13,14).

La Ley 1616 define la salud mental como *“un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”* (14) p1.

Sin embargo, los recursos emocionales y cognitivos de la población se pueden ver afectados en el corto, mediano o largo plazo por la exposición a eventos traumáticos como consecuencia de los escenarios de violencia (15,16,17,18).

Colombia, cuenta con un historial de actos violentos desde los años 40 aproximadamente, fruto del enfrentamiento de grupos armados al margen de la ley, en donde convergen delitos de lesa humanidad (19), que a su paso han dejado desplazamiento forzado, muertes, desintegración familiar y secuelas sociales, culturales, económicas y mentales en la población (20,21).

Se calcula que en Colombia entre enero y noviembre de 2018, más de 30.517 personas han sido víctimas de desplazamiento; acumulando a 2019, una cifra de 7'816.500 de desplazados internos (22). En total a 2020 se calcula que la cifra de víctimas del conflicto armado en el mundo es de 70.8 millones y en Colombia según el Registro Único de Víctimas (RUV) (23); a 2020 deja un saldo de aproximadamente 8 millones de personas.

En la última Encuesta de Salud Mental realizada en Colombia en el año 2015 (24), el 11,7% (IC95%: 10,4-13,2) de los niños de 7 a 11 años ha vivido al menos un evento traumático o estresante a lo largo de su vida, entre los que se destaca la delincuencia organizada o común (10,7%), conflicto armado (7,9%) y violencia intrafamiliar física, psicológica o sexual (7,7%). Así mismo, el 13,7% (IC95%:10,6-17,4), el 18,3% (IC95%:14,9-22,4) y el 18,7% (IC95%: 17,1-20,4) de la población entre 7 y 11 años, entre 12 y 17 años y entre 18 y 44 años, respectivamente, sufrió desplazamiento forzado; una característica muy común en la población que ha vivido muy de cerca el conflicto armado.

Como consecuencia de las dinámicas en países sometidos a la violencia, los datos reportados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), informan que en entornos afectados por conflictos 1 de cada 9 personas presenta un trastorno mental moderado o grave, y a su vez las personas con trastornos mentales graves mueren de 10 a 20 años antes que la población en general (25).

Así las cosas, la atención en salud mental en los grupos poblacionales catalogados como víctimas del conflicto armado se convierte en una acción prioritaria en la agenda de políticas en salud. En donde la equidad y en especial el acceso sean la piedra angular que permita garantizar una atención plena de la salud mental, especialmente de las poblaciones vulnerables.

Sin embargo, en Colombia la desigualdad de ingresos es alta, y refleja que hasta el 27 % de la población está bajo la línea de pobreza (26,27). Esto impacta tanto en la búsqueda como en el acceso a los servicios de salud, constituyéndose en una barrera que se contrapone al disfrute de una buena calidad de vida (28).

El acceso hace parte del derecho fundamental a la salud y comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información, a partir de la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal competente. Del mismo modo, el acceso debe garantizarse en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural (7,18,26).

El acceso se entiende como el proceso mediante el cual las personas buscan atención y esta se logra (4,24,29), según La Royal Society of Medicine, el acceso a los servicios de salud se mide a través de cuantificar las personas que necesitan atención, las que ingresan al sistema y las que no ingresan (30). No obstante, la utilización y cobertura de servicios no es garantía de la calidad y la aceptación de estos, ya que el acceso puede verse afectado por barreras personales y o comportamentales, administrativas, financieras y geográficas, (31).

Estudios realizados en Colombia (9,20,32,33), sugieren que los principales factores relacionados con el bajo acceso a los servicios de salud y especialmente de salud mental están relacionados con barreras de tipo comportamental. Esto quiere decir que las personas se abstienen de buscar atención porque no comprenden el impacto que la salud mental tiene en su calidad de vida, no conocen la oferta de los servicios, hay estigma, o no confían en que su problema será resuelto por el Sistema.

Las limitaciones en la búsqueda de atención y por ende en el acceso a los servicios de salud mental son aún más frecuentes, si a las barreras personales se suman otras de tipo administrativo, geográfico y económico; propios de la población víctima del conflicto armado (17,20,21).

Si bien, con la Ley 1448 o Ley de víctimas (34) se establecen un conjunto de medidas administrativas, sociales, judiciales y económicas, individuales y colectivas, en beneficio de las víctimas de conflicto armado, aún se tiene un vacío en la implementación de estrategias coordinadas entre los diferentes sectores administrativos y políticos, que permitan reconocer los factores que influyen en la búsqueda de servicios de salud mental en dicha población (35,32).

Considerando que las fuentes de información relacionadas con el acceso a los servicios de salud mental en las comunidades vulnerables continúan siendo limitadas (18,28) y que así mismo, las barreras de acceso sugieren una debilidad en los procesos de atención en salud mental, el objetivo de este estudio es identificar los factores asociados a la búsqueda de atención en salud mental en la población víctima del conflicto armado en Colombia. Esta información es relevante para la implementación de políticas y estrategias que permitan mitigar las brechas de acceso a los servicios de salud mental en poblaciones vulnerables.

## **Materiales y métodos**

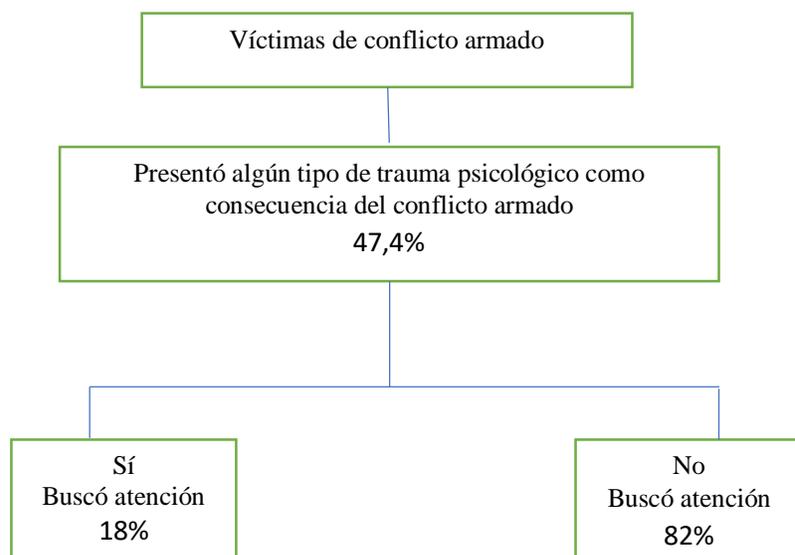
El presente estudio es de tipo analítico descriptivo, el cual se basa en un análisis de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) realizada en Colombia en 2015 (24). La población de referencia fueron personas no institucionalizadas de 18 o más años del territorio

nacional que fue seleccionada de los que respondieron específicamente haber sido víctima del conflicto armado.

Para el análisis de la variable búsqueda de atención en salud mental en esta población, en primer lugar, se identificaron las personas que presentaron alguna afectación en salud mental debido a la exposición a escenarios de conflicto armado con la pregunta “¿Piensa que presentó algún tipo de trauma psicológico o problema emocional o de los nervios por haber sido víctima del conflicto armado? Estas personas se identifican como las que requieren atención. En un segundo momento, se filtró por la pregunta “¿Buscó atención?” y se clasificaron a las personas que la buscaron y las que no (Esquema 1).

Para el análisis de los factores asociados a la búsqueda de los servicios de salud mental en la población adulta y víctima del conflicto armado, se tuvo en cuenta las variables sociodemográficas (Edad, Sexo, ubicación geográfica, Estado civil); y unas variables de referencia como condición de desplazamiento, discriminación, consumo de sustancias psicoactivas (SPA), la pregunta si suelen pedir ayuda cuando tienen problemas y, por último, ideación suicida.

Para la caracterización de la población se hicieron análisis descriptivos, estimando frecuencias absolutas y relativas. Posteriormente, se verificó mediante la prueba Chi Cuadrado la asociación entre las variables sociodemográficas y las de referencia, comparadas con la variable búsqueda de atención. A continuación, se realizaron modelos univariados con el fin de obtener una medida de resumen para cada una de las variables, y así encontrar las variables significativas para correr con estas un modelo multivariado. El análisis estadístico se realizó usando el programa SPSS Statistics 25.



Esquema 1: Representación de la población para el análisis

Los resultados obtenidos se expresan en Odds Ratio (OR), con un intervalo de confianza al 95% (IC95%). La variable búsqueda de atención en salud mental se analizó considerando dos categorías: categoría 1: buscó atención, categoría 2: no buscó atención.

## Resultados

Los resultados obtenidos indican que del total de personas adultas (mayores de 18 años), identificadas como víctimas del conflicto armado, el 47.6% (IC95%,41,91-47,61) refirió alguna afectación en salud mental derivada a su situación de víctima, de los cuales, solo el 18% (IC95%,17,91-32,09) buscaron servicios de atención en salud mental y el 82% no lo hizo (IC95%,67,91-82,09).

Tabla 1 – Descriptivos de los factores asociados a la búsqueda de atención a los servicios de salud mental en la población adulta víctima del conflicto armado en Colombia.

<b>Variab</b> les	Busca atención (18%)	No busca atención (82%)	Chi 2 (p valor)	OR	(IC95%)	
<b>Estado civil</b>						
Casado-UL-pareja	62,9%	60,0%	0,551	-----	-----	-----
Separado/Viudo/divorciado	11,4%	19,0%		2,864	1,762	4,653
Soltero	25,7%	21,0%		5,000	1,709	14,628
<b>Sexo</b>						
Hombre	28,6%	42,9%	0,134	4,500	2,268	8,929
Mujer	71,4%	57,1%		-----	-----	-----
<b>Edad</b>						
<44 años	62,9%	46,7%	0,097	-----	-----	-----
>44 años	37,1%	53,3%		2,227	1,347	3,683
<b>Ubicación geográfica</b>						
Urbano	74,3%	61,9%	0,18	-----	-----	-----
Rural	25,7%	38,1%		4,444	2,157	9,159
<b>Escolarización</b>						
Escolarizado	11,4%	3,8%	,093a	-----	-----	-----
No escolarizado	88,6%	96,2%		3,258	2,179	4,872
<b>Suele pedir ayuda</b>						
Sí	94,3%	86,7%	0,118a	-----	-----	-----
No	5,7%	13,3%		2,758	1,852	4,107
<b>Consumo de SPA</b>						
Sí	11,4%	8,6%	0,416a	3,097	2,066	4,642
No	88,6%	91,4%		-----	-----	-----
<b>Discriminación</b>						
Sí	25,7%	40,0%	0,128	4,667	2,272	9,587
No	74,3%	60,0%				
<b>Desplazamiento</b>						
No responde	14,3%	20,0%	0,74	4,200	1,584	11,138
Sí	65,7%	60,0%		2,739	1,699	4,416
No	20,0%	20,0%				

<b>Ideación suicida</b>						
Sí	17,1%	23,8%	0,41	4,167	1,709	10,157
No	82,9%	76,2%				

a : prueba exacto de Fisher  
 Regresión logística univariada (categoría de referencia: Búsqueda de atención).  
 Fuente: Estimaciones propias a partir del análisis de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

El análisis de las variables de referencia en cuanto a la búsqueda de atención en salud mental de la población víctima del conflicto armado, indica que la variable sexo se encuentra asociada a la búsqueda de atención. Las mujeres a comparación de los hombres buscan más los servicios de salud mental con OR= 4,5 (IC95% 2,26-8,92) (Tabla 1).

Por su parte, las personas con estado civil separado/viudo/divorciado buscan más atención en salud mental comparado con aquellos en estado civil soltero o con pareja, obtuvo OR= 5 (IC95%,1,7-14,62).

En cuanto a la edad, las personas mayores de 44 años tienden a buscar con menos frecuencia los servicios de salud mental a comparación del grupo de adultos menores de 44 años, obtuvo OR=2,22 (IC95% 1,37-3,68).

La variable ubicación geográfica está relacionada con la búsqueda de servicios de salud mental, ya que aquellos que residen en zona rural tienden a buscar menos atención comparado con los que se encuentran ubicados en zonas urbanas, obtuvo OR = 4,4 (IC95% 2,15-8,15).

La variable discriminación muestra una asociación con la búsqueda de atención. En este orden de ideas, las personas que se no se han sentido discriminadas en algún momento, buscan menos los servicios de salud mental comparado con las que se han sentido discriminadas, obtuvo OR:4,6 (IC95% 2,26-4,58).

La condición de desplazamiento es una variable relacionada con la búsqueda de atención en salud mental. Las personas en condición de desplazamiento buscan con menos frecuencia los servicios comparados con las personas sin esta condición, obtuvo un OR=2,73 (IC95% 1,6-4,4). En esta variable se aprecia que el 18% de las personas se abstuvieron de responder a la pregunta que permitía reconocer su condición de desplazamiento.

La variable ideación suicida esta asociada con la búsqueda de atención. Buscan menos atención en salud mental las personas sin ideación suicida comparadas con las que la presentan. Esta variable obtuvo OR=4,16 (IC95% 1,7-10,157).

Las variables como escolarización, consumo de sustancias psicoactivas y buscar ayuda cuando se ha tenido dificultades previamente, no fueron significativas de forma univariada para la búsqueda de atención en salud mental en la población víctima del conflicto armado.

Al realizar el modelo multivariado se evidencia que las variables edad, sexo y discriminación son estadísticamente significativas con un alfa de 0,05. Lo cual quiere decir que las personas mayores a 44 años buscan menos atención comparado con los menores de 44 años OR 2,5 (IC95% 1,288-4,869) controlado por las variables sexo y discriminación (Tabla 2).

De otro lado, los hombres buscan menos atención comparado con las mujeres OR 2,4 (IC95% 1,15-5,12) controlado por las variables edad y discriminación.

Finalmente, las personas que no se han sentido discriminadas buscan menos atención comparado con los que han sido discriminados OR 2,3 (IC95% 1,07-5,17) controlado por las variables sexo y edad.

Tabla 2 – Estimaciones de los factores asociados a la búsqueda de atención a los servicios de salud mental en la población adulta víctima del conflicto armado en Colombia

<b>Variable</b>	<b>OR</b>	<b>IC95%</b>		<b>p valor</b>
Edad: > a 44 años	2,504	1,288	4,869	0,007
Sexo: hombre	2,432	1,154	5,122	0,019
Discriminación: No	2,355	1,071	5,179	0,033

Regresión logística multivariada (categoría de referencia: Búsqueda de atención).  
Fuente: Estimaciones propias a partir del análisis de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

## Discusión

La búsqueda de los servicios hace parte del acceso a la atención en salud. Según Frenk (4), el acceso es el proceso mediante el cual las personas buscan atención y esta se logra. El acceso se conforma de tres dominios: un dominio estrecho que tiene en cuenta la búsqueda de la atención y el inicio de esta, un dominio intermedio que además del contexto anterior, también considera la continuación en la atención y, finalmente, un dominio amplio que incorpora el deseo de la atención.

A la búsqueda de los servicios de salud mental subyacen algunas condiciones en la población relacionadas con circunstancias vitales que las hacen potencialmente vulnerable, como por ejemplo ser víctima del conflicto armado y todo lo que ello conlleva. La exposición a masacres, pérdidas económicas, incertidumbre, desplazamiento forzado, pérdida de identidad y de costumbres culturales, y el sufrimiento, hacen parte de un conjunto de condiciones que perpetúan el miedo y las brechas en la atención.

En tal sentido, los resultados de este estudio muestran que el 47.6% de las personas expuestas a los rigores de la violencia por conflicto armado, presentaron alguna afectación en salud mental; sin embargo, es muy baja la búsqueda de atención a los servicios de salud, ya que solo

el 18% de esta población lo hizo. Lo anterior llama la atención, si se tiene en cuenta que la no búsqueda de los servicios se convierte en una barrera personal que puede estar causada principalmente por comportamientos y costumbres que impiden que la persona busque el servicio o la atención que requiere, lo cual coincide con estudios realizados por González et al, Campo et al y Guilford et al (32,33,36) . En esta barrera se incluyen la creencia de que no es necesario consultar, el estigma o la desconfianza que presentan las personas frente a la posibilidad de que puedan ayudarle.

Lo anterior se encuentra relacionado con las características de la población de estudio, ya que la desesperanza y la percepción de que no recibirán ayuda una vez la soliciten, es latente.

Sin embargo, es importante anotar que en las barreras personales subyace no solamente la pretensión de búsqueda de los servicios, sino que también, existe el prejuicio de que la salud mental no es importante o la información relacionada con los servicios es insuficiente.

La variable sexo continúa siendo un factor que determina la búsqueda de los servicios de salud mental, estudios como este, siguen evidenciando que los hombres tienen mayores riesgos en salud y son los que menos buscan atención (37,38). En este estudio se evidencia que solo el 28% de los hombres buscaron atención, convirtiéndose en una variable relevante como barrera en el acceso a los servicios de salud mental en la población víctima del conflicto armado.

Asimismo, el análisis de este estudio confirma que la ubicación geográfica es un factor determinante para la búsqueda de los servicios de salud mental, lo cual está relacionado con barreras de tipo geográfico. Las personas ubicadas en zonas rurales tienden a buscar con menos frecuencia los servicios sanitarios, lo cual concuerda con resultados de otros estudios (29,36).

La ideación suicida estuvo presente en el 22% de la población. Esto es relevante si se tiene en cuenta que las personas que han sufrido un evento traumático por conflicto armado tienen mayor probabilidad de presentar la conducta suicida (39). El análisis de la información revela que la población víctima del conflicto armado que ha presentado ideación suicida busca más los servicios de salud mental comparado con los que no la presentan, lo cual es positivo si se tiene en cuenta que los servicios de salud mental son espacios de prevención para los trastornos mentales.

El modelo finalmente muestra que los factores asociados a la búsqueda de atención en salud mental en la población víctima del conflicto armado en Colombia se encuentran relacionados principalmente con la condición de discriminación, la edad y el sexo; es decir, los hombres mayores a 44 años y que no han percibido discriminación son los que con menos frecuencia buscan los servicios de atención en salud mental. Contrario a esto, las mujeres menores de 44 años y que han sufrido algún tipo de discriminación son las que con mayor probabilidad buscan los servicios de atención en salud mental.

Se evidencia también, que es necesario continuar con más investigaciones que permitan detectar no solo la búsqueda de atención a los servicios de salud mental sino el acceso efectivo a los mismos.

Del mismo modo, es recomendable realizar encuestas dirigidas especialmente a la población víctima del conflicto armado, ya que los datos recopilados en esta encuesta no son suficientes para abordar otros determinantes sociales relacionados con el acceso a los servicios de salud mental.

Este análisis es una invitación a la elaboración de estrategias multisectoriales para propiciar la búsqueda de los servicios de salud mental como herramienta de prevención de los trastornos mentales y del mismo modo, a generar políticas que permitan ajustar los servicios de salud mental a las necesidades de la población, en especial de las comunidades más vulnerables.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses con relación a este estudio.

### **Agradecimientos**

Al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Pontificia Universidad Javeriana por la disposición de la información.

### **Bibliografía**

1. Organización Mundial de la Salud, OMS. <https://www.who.int/es>. [Online].; 1948 [cited 2020 abril 19]. Available from: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>.
2. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos: cuadragésima novena edición (con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de mayo de 2019). 30th ed. Ginebra: OMS; 2020.
3. Sánchez-Torresa DA. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017; 55(1)(82-9).
4. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública en México*. 2014 May; 27(438- 453).
5. Organización Mundial de la Salud., OMS. Políticas Públicas para la Salud Pública. Informe para la Salud en el Mundo, la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra;; 2013.
6. Organización de las Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Ginebra 10, Suiza. Principios y Directrices para la Integración de los Derechos Humanos en las Estrategias de Reducción de la Pobreza. [Online].; 2012 [cited 2020 Abril 20]. Available from: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/PovertyStrategiessp.pdf>.

7. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751. [Online].; 2015 [cited 2020 abril 19]. Available from:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf).
8. Ballesteros MP, Gavria MB, Martínez SE. Caracterización del acceso a los servicios de salud en población infantil desplazada y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2006 enero-junio; 24(1).
9. Sánchez G, Laza C, Estupiñan C, Estupiñan L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2014 eptiembre-diciembre; 32(3).
10. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2009 mayo-agosto; 27(2).
11. Villalobos CC. Accesibilidad a los servicios de salud mental con perspectiva de género. Universidad Nacional de Córdoba. 2015.
12. Guardiola GT. Acceso a los servicios de salud. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2009 julio-diciembre; 6(2).
13. Minsiterio de Salud y la Protección Social. Boletín de salud mental Oferta y Acceso a Servicios en Salud Mental en Colombia. [Online]. Bogotá; 2018 [cited 2020 Abril 19]. Available from:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-6-salud-mental-2018.pdf>.
14. Congreso de la República de Colombia. Ley 1616. [Online].; 2013 [cited 2020 abril 19]. Available from:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>.
15. Rodríguez J, De la Torre A, Miranda C. Salud Mental en situaciones de conflicto. Biomédica. 2002 diciembre; 22(Su2).
16. Londoño NH, Muñiz O, Correa JE, Patiño CD, Jaramillo G, Raigoza J, et al. Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). Revista Colombiano de Psiquitría. 2005; XXXIV, núm. 4, 2005(4, pp. 493-505).
17. Hernández Bello A, Gutiérrez Bonilla A. Vulnerabilidad y exclusión: condiciones de vida, situación de salud y acceso a los servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá-Colombia, 2005. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2005 enero-junio; 7((14): 145-176).

18. Lopera Valle JS, Rojas Jiménez S. Salud Mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. Medicina UPB. 2012 enero-junio; 31(1).
19. Forer A, López C. Acerca de los crímenes de lesa humanidad y su aplicación en Colombia Bogotá: ALVI IMPRESORES LTDA; 2010.
20. Mogollón-Pérez AS VM. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. Cad. Saúde Pública. 2008 abr;(Rio de Janeiro, 24(4):745-754).
21. Mogollón Pérez AS, Vázquez Navarrete ML. Características de la población desplazada que inciden en el acceso a los servicios de salud. Rev Gerencia y Políticas de Salud. 2006 diciembre; 5(11).
22. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR. Tendencias Globales de Desplazamiento Forzado en 2018. [Online].: ACNUR; 2018 [cited 2020 mayo 1. Available from: <https://www.acnur.org/5d09c37c4.pdf>.
23. Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas. Registro Único de Víctimas (RUV). [Online].; 2018 [cited 2020 mayo 1. Available from: <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>.
24. Ministerio de Salud y la Protección Social. Encuesta Nacional de salud Mental. TOMO I ed. Bogotá: MinSalud; 2015.
25. Organización Panamericana de la Salud. Atlas de salud mental de las Américas 2017. Washington, D.C.: OPS; 2018. Report No.: ISBN: 978-92-75-32041-9.
26. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín Técnico Pobreza Monetaria en Colombia. DANE; 2018. Report No.: COM-030-PD-001-r-004 V8.
27. Atehortúa , Palacio L. Impacto del seguro subsidiado en el acceso y el uso de servicios de salud: el caso de Medellín, Colombia. Lecturas de Economía. 2015 enero-junio;(82).
28. Tovar-Cuevas LM, Arrivillaga-Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013:revisión sistemática crítica. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2014 diciembre; 13(27).
29. Adday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Services Research. 1974.
30. Fajardo G, Gutiérrez JP, García Saisó S. Ensayo: Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Pública de México. 2015 marzo-abril; 57(2).

31. OMS, OPS. Servicios de Salud y Acceso. [Online]. [cited 2020 mayo 1. Available from: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2560:health-services-access-unit&Itemid=2080&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2560:health-services-access-unit&Itemid=2080&lang=es).
32. González LM, Peñaloza RE, Matallana MA, Gil F, Gómez -Restrepo C, Vega-Landaeta Á. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *rev colomb psiquiat*. 2016; 45((S 1):89–95).
33. Campo Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2014 agosto; 43(3).
34. Congreso de la República de Colombia. Ley 1448. [Online].; 2011 [cited 2020 mayo 1. Available from: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011.pdf>.
35. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia. *Revista de Salud Pública*. 2007 marzo; 9(1).
36. Gulliford M, Figueroa Muñoz J, Myfanwy M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research*. 2002; 7(3: 186–188).
37. Etienne CF. Abordar la masculinidad y la salud de los hombres para promover la salud universal y la igualdad de género. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42.
38. Aravena J, gajardo J, Saguez R. Salud mental de hombres mayores en Chile: una realidad por priorizar. *Rev Panam Salud Pública*. 2018.
39. Instituto Nacional de Salud. El suicidio en Colombia: del descenso permanente al aumento preocupante desde 2014. [Online].; 2014 [cited 2020 mayo 31. Available from: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/10/suicidio-en-colombia.pdf>.
40. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017. Report No.: ISBN: 978-92-75-31966-6.
41. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Metodología de Diseño Muestral Encuesta Desempeño Institucional. 1st ed. DANE , editor. Bogotá: Dirección Sistema Nacional de Información Estadística ; 2005.