

Vulnerabilidad y exclusión: Condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá - Colombia, 2005

Vulnerability and Exclusion: Life Conditions, Health Situation, and Access to Health Services of the Population Displaced by Violence settled in Bogotá - Colombia, 2005

Vulnerabilidade e Exclusão: Condições de Vida, Situação de Saúde e Acesso aos Serviços de Saúde da População Deslocada pela Violência Assentada em Bogotá - Colombia, 2005

Amparo Hernández Bello**, Marta Lucía Gutiérrez Bonilla***

Fecha de recepción: 04-03-08 Fecha de aceptación: 30-04-08

* Este artículo se basa en los resultados de fase de construcción de líneas de base del proyecto “Mejorar la efectividad de las políticas de protección social en salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá, Colombia” que realiza la Pontificia Universidad Javeriana con financiamiento del International Development Research Center IDRC (Canadá) y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y el apoyo de la Fundación de Atención al Migrante FAMIG. El equipo de investigación estuvo conformado por Amparo Hernández, Marta Lucía Gutiérrez, Ofelia Restrepo, Luigi Conversa, Luis Jorge Hernández y John Ariza; con la asesoría de Fernando de la Hoz y Neley Rodríguez y la asistencia de Julia Álvarez, Claudia Naranjo, Gloria Jiménez, Jenny Russi y Andrés Guzmán. El diseño del protocolo estuvo a cargo de Román Vega. Las autoras agradecen a Jenny Russi por su ayuda en la verificación de información y a Rosaura Arrieta por su apoyo en cruces adicionales.

** Investigadora principal. médica; magíster en Administración de Salud; estudiante del Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia; profesora asociada de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad Javeriana. Correo electrónico: ahernand@javeriana.edu.co.

*** Co-investigadora. Enfermera; magíster en Desarrollo Rural; especialista en Salud Internacional; profesora asociada de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: ml.gutierrez@javeriana.edu.co.

Resumen

Objetivos: Describir las condiciones de vida, salud y los factores que condicionan el acceso a servicios de salud de la población desplazada y receptora de seis localidades de la ciudad. **Metodología:** Se realizó un estudio de corte transversal que incluyó una muestra de población desplazada y no desplazada de la que se obtuvo información mediante encuesta. La información poblacional fue complementada con técnicas cualitativas a través de las cuales se obtuvo también la perspectiva de hospitales y administradoras del régimen subsidiado. **Resultados:** En los desplazados existen barreras de acceso derivadas del proceso de reconocimiento de la situación de desplazamiento, del flujo de información entre instituciones, de los mecanismos y beneficios del aseguramiento y del modelo de atención en salud. **Conclusiones:** Como consecuencia de la migración forzada y de las privaciones materiales y afectivas, los desplazados tienen peores condiciones de vida, salud y más barreras de acceso que otras poblaciones pobres y vulnerables.

Palabras clave autores: Situación de salud, determinantes de la salud, acceso de servicios de salud, desplazamiento forzado por la violencia, Bogotá, Colombia.

Palabras clave descriptor: Disparidades en atención de salud, desplazados por la violencia, Servicios de Salud, Bogotá (Colombia).

Abstract

Objectives: To describe the life and health conditions, and the factors that condition the access to health services of the displaced population in six areas of the city. **Methodology:** This is a transversal style study, which included a sample of the displaced and not displaced population, using interviews to collect data. Information about the population was complemented by qualitative techniques, from which the perspective of hospitals and directives from the subsidiary system were obtained. **Results:** The displaced population has access obstacles derived from the process of knowledge about the situation of displacement, flow of information between institutions, insurance mechanisms and benefits, and the health care model. **Conclusions:** As consequence of forced migration and material and affective deprivations, the displaced population has worse life and health conditions, and more barriers to the access than other poor and vulnerable populations.

Key words authors: Health Situation, Health Determinants, Health Service Access, Forced Displacement due to violence, Bogotá, Colombia.

Key words descriptive: Health Attention Disparities, Displaced by Violence, Health Services, Bogotá, Colombia.



Introducción

En Colombia más de cuatro millones de personas han sido desplazadas por la violencia [1] y el país ocupa el segundo lugar en desplazamiento forzado en el mundo después de Sudán [2]. En el 2005, año de este estudio, cifras oficiales [3] mostraban un acumulado de 1'706.236 personas desplazadas equivalentes a 383.498 hogares, algo menos de la mitad de las 3'662.842 personas afectadas desde 1985 reportadas por CODHES consultoría para los derechos humanos y desplazamiento [4]. 976 de los 1.100 municipios del territorio nacional se encontraban afectados como expulsores o receptores [5], la tercera parte de los cuales había recibido nuevos desplazados de zonas donde el conflicto se mantenía, algunas donde se había profundizado y otras que mostraban su expansión [6].

Los desplazados forzados constituyen uno de los grupos de mayor vulnerabilidad en el país. En su mayoría son mujeres (53%), niñas, niños y jóvenes, uno de cada cuatro es indígena o afro-colombiano [5] y hay evidencia que estrecha la asociación entre la situación de salud y ciertos determinantes y factores de riesgo ligados al desplazamiento.

La interacción entre los procesos biológicos y sociales con los perfiles de salud se expresa en el espacio de la vida cotidiana en el que se mezclan múltiples determinantes que expresan procesos más generales de la sociedad (modo de vida), procesos particulares inherentes a las condiciones de vida de cada población y procesos singulares derivados de los estilos de vida de las familias y personas [7, 8]. Así, las condiciones de salud son el resultado de estos determinantes y de la respuesta social e institucional, y su reconocimiento es indispensable para orientar los niveles de intervención.

Diversas investigaciones [9, 10, 11, 12, 13] han mostrado las graves repercusiones del

desplazamiento forzado sobre la salud, al punto de ser considerado una emergencia sanitaria. La alta morbilidad por patologías de la piel, alérgicas, respiratorias y digestivas y por el aumento de enfermedades inmuno-prevenibles y transmisibles; el incremento de la violencia doméstica; los embarazos en adolescentes; el riesgo de contraer VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana y otras infecciones de transmisión sexual y las afecciones psicológicas que afectan el comportamiento social, ocupacional y familiar, son de presentación común entre los desplazados y explicables por las circunstancias y condiciones de vida de la población: desnutrición e inseguridad alimentaria, deficiencias en saneamiento básico, falta de vivienda adecuada, hacinamiento, limitaciones para el acceso a servicios públicos, exposición a vectores de enfermedad y contaminantes ambientales, dificultades de acceso a educación, demora en la entrega de las ayudas estatales y obstáculos para el uso de los servicios de salud. Este conjunto de problemas, determinantes y riesgos que generan en la población un nuevo perfil de enfermedad, discapacidad y muerte, parecen haber sido impuestos por el desplazamiento y por las limitaciones de la respuesta oficial.

Para responder a estas necesidades la atención a la población desplazada se rige por lo dispuesto en la Ley 387 de 1997¹ y sus decretos reglamentarios con los que se adoptan las normas para la prevención, atención humanitaria y estabilización socioeconómica, y se crean el sistema y el plan nacional de atención. La fase de prevención busca anticipar los riesgos del desplazamiento. La fase de atención humanitaria de emergencia

¹ Congreso de la República, Ley 387 de julio 18 de 1997, por la cual se define el marco jurídico para la prevención del desplazamiento; atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia.

tiende a asistir las necesidades básicas de alimentación, alojamiento, salud, atención sicosocial y provisión de elementos básicos para la sobrevivencia, y la fase de estabilización socioeconómica, apoyo en educación, salud, vivienda y generación de ingresos.

En el caso de salud, la Ley 387 define que la asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica y de rehabilitación se realice según lo dispuesto en el Sistema general de Seguridad Social en Salud, condicionada al reconocimiento de la condición de desplazado y de su inclusión en el registro oficial de población desplazada, y conforme las reglas, coberturas, limitaciones y exclusiones establecidas para cada régimen de afiliación (contributivo o subsidiado). Para los no asegurados se dispone que la atención se realice en las instituciones públicas con cargo a los recursos de oferta del ente territorial receptor.

No obstante los importantes avances normativos para la atención de la población desplazada, recogiendo los resultados de las evaluaciones de distintas fuentes, la Corte Constitucional pronunció en el 2004 la sentencia T-025² por la cual se declara que por las condiciones de extrema vulnerabilidad, la violación masiva, prolongada y reiterada de los derechos de las víctimas y la omisión reiterada de las autoridades responsables de la protección, la situación de los desplazados constituye un *estado de cosas inconstitucional*, y ordenó de las autoridades una respuesta oportuna y efectiva. Esta vino a materializarse con la expedición del

Decreto 250³ y el Conpes 3400⁴ de 2005, por los cuales se adopta un nuevo Plan nacional de atención (y se aseguran los recursos para su ejecución), orientado por principios de enfoque humanitario, restitución de derechos, reconocimiento de la diversidad y enfoque de género, etnia y edad, en el que se hace énfasis en el apoyo sicosocial y el desarrollo de acciones de salud pública, manteniéndose las directrices en materia de afiliación a la seguridad social.

Una forma de responder de forma integral desde las políticas públicas han sido los sistemas de protección social de los que se reconocen al menos dos enfoques: Uno centrado en la superación de la pobreza y otro con énfasis en el capital humano y el desarrollo sostenible y equitativo.

El primer enfoque incluye el concepto de Protección Social en el concepto más amplio de Manejo Social del Riesgo (MSR), cuyo objeto es intervenir los riesgos naturales y sociales que generan y profundizan la pobreza, mediante la combinación de estrategias para prevenir la probabilidad que se produzcan riesgos adversos, mitigar sus efectos o superar el impacto una vez se han producido. Este ideario del Banco Mundial [14] tiene como blanco las causas de la pobreza y la vulnerabilidad y la inclusión social de los pobres, y en su definición se justifica como una ampliación de la protección social “tradicional” en tanto que, además de proteger la subsistencia básica, promueve la disposición a asumir riesgos como mecanismo para superar la pobreza, haciendo

² Corte Constitucional, Sentencia T-025 de 2004 (expedientes T-653010 y acumulados), por la cual se declara la situación de los desplazados en el país como un “estado de cosas inconstitucional” y se imparten órdenes específicas para la protección de los derechos de los desplazados y se fijan plazos breves para que se remedie la vulneración de sus derechos fundamentales.

³ Ministerio del Interior y de Justicia, Decreto 250 de 2005, por el cual se expide el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia y se dictan otras disposiciones.

⁴ Documento Conpes 3400 de noviembre 28 de 2005. Metas y priorización de recursos presupuestales para atender a la población desplazada por la violencia.



de la protección social un complemento del mercado en materia de bienestar.

Un enfoque distinto de las dimensiones y funciones de la protección social es el de la OPS y la Organización Internacional de Trabajo (OIT) [15] que se nutre del ideario universalista y de derechos humanos y tiene como objetivo garantizar protección social universal en salud superando la exclusión y reduciendo o eliminando inequidades. Para ello propone intervenciones públicas en rectoría, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios encaminadas a garantizar el acceso y la dignidad de la atención, proteger la seguridad financiera de los hogares y lograr su efectiva participación en las decisiones.

En Colombia el Sistema de Protección Social creado con la Ley 782 de 2002⁵ tiene su punto de apoyo en el actual sistema general de seguridad social en salud y en la propuesta del Banco Mundial sobre manejo de riesgos y protección social. Este sistema actúa en previsión de las circunstancias y riesgos que como las recesiones económicas, la violencia, las catástrofes naturales, la enfermedad, la vejez o la muerte, pueden hacer perder el trabajo o imposibilitar el acceso a medios de vida y de salud. En situaciones normales y de prosperidad económica, el pleno empleo y la generación de ingresos deben habilitar a las personas para el acceso a sus derechos concebidos en función de su capacidad de pago. En ausencia de estas condiciones, se justifica el sistema de protección social.

La protección social en salud para los desplazados pasa por el reconocimiento y materialización de los derechos otorgados a esta población por el derecho internacional humanitario y los derechos reconocidos

por el Estado colombiano en la Ley 387 de 1997 y el bloque de constitucionalidad, y en lo que hace al derecho a la salud y a la seguridad social, en la Ley 100 de 1993⁶. El reto fundamental para superar la exclusión y hacer efectiva la protección social para los desplazados es la materialización de los derechos vía su acceso [16] y capacidad de respuesta institucional (modelo de atención), enfoque diferencial de la atención [17, 18] y la revisión del contenido normativo en materia de derechos otorgados

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la exclusión en salud “es la negación del derecho a satisfacer las necesidades de salud de una persona o grupo de personas en una sociedad determinada” [15: 10]. Entre los factores causales más comunes se anotan deficiencias de infraestructura, fallas en la asignación o gestión de los recursos, barreras de acceso y problemas de calidad de los servicios de salud, y determinantes como la pobreza, las desigualdades entre grupos sociales, la discriminación racial, el desempleo, la insuficiencia de la respuesta estatal en servicios y las disparidades intra y entre países [19]. Pero la exclusión no sólo depende de las relaciones entre oferta y demanda o de las relaciones de redistribución, sino también de factores culturales, simbólicos [20] y de poder [21] que tienen implicaciones normativas, institucionales y de gobierno sobre prácticas de inclusión-exclusión, asignación de recursos, estratificación de individuos y grupos para acceder a los recursos y reconocimiento o desconocimiento de la autonomía, entre otras.

El reconocimiento de los desplazados como sujetos sociales de derechos obliga a que el eje central de la política pública defina los

⁵ Congreso de la República, Ley 782 de 2002, por la cual se crea el Sistema de Protección Social.

⁶ Congreso de la República, Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social.

derechos violados como consecuencia del desplazamiento que requieren respuesta inmediata y eficaz por parte del Estado y los derechos que, siendo comunes a los demás no víctimas del desplazamiento forzado, requieren ser intervenidos de manera especial atendiendo a las características de universalidad, indivisibilidad e integralidad de los derechos humanos [17]. Así, la realización del derecho a la salud y a la asistencia sanitaria pasa por la realización de los demás derechos, el cumplimiento de sus componentes de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y su realización y restablecimiento requieren de acciones afirmativas y de enfoques diferenciales. La acción afirmativa busca corregir los resultados inequitativos de los arreglos sociales de un grupo sin alterar el marco normativo que las origina [20] [21] y el enfoque diferencial reconoce las diferencias y las desventajas de estatus social de individuos y grupos por razones de sus valores y características étnicas, de género o de otra índole [22].

La exclusión de los desplazados de los servicios de salud como consecuencia de factores relacionados con el acceso es uno de los problemas prioritarios. Se entiende por acceso la capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades en salud, que depende tanto de los medios de que dispongan las personas, su percepción de necesidad de atención como de la producción, entrega y disponibilidad de servicios de salud y los estímulos o des-estímulos por parte del proveedor [23, 24, 25]. El no acceso a servicios de salud constituye una exclusión si ello se debe a fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los servicios [15].

Y estas fallas pueden ser el resultado de deficiencias en el modelo de atención. En un modelo de atención se conjugan dos tipos de procesos: Los de prestación de servicios que se refieren a los contenidos y

las relaciones entre proveedores y usuarios, la población y el ambiente y, los de gestión, referidos a la organización de los procesos y a la administración de recursos [16]. La inclusión-exclusión en relación con el modelo de atención depende entonces de la capacidad del sistema de prestación de servicios de responder explícitamente a las presiones de las características demográficas y epidemiológicas de la población, a sus determinantes y riesgos en salud, a los avances en el conocimiento científico y tecnológico en salud, a las transformaciones culturales de los usuarios, a las demandas en participación social en la toma de decisiones, vigilancia y control y a las demandas de equidad en el acceso y uso de los servicios, así como a los procesos para garantizar el uso eficaz y eficiente de los recursos y procesos de prestación de acuerdo con los objetivos sanitarios que se traza el modelo.

Bogotá continúa siendo el principal municipio receptor de población desplazada. Acción Social [3] reportó que a noviembre 30 de 2005 había en el Distrito Capital 104.609 personas de 26.805 hogares registradas en el Sistema Único de Registro (SUR)⁷, la mitad del acumulado desde 1999 calculado por Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) [4] en 259.195 personas.

La población desplazada en Bogotá presenta igual problemática en materia de exclusión. Y aunque la atención en salud constituye una de las principales demandas, la cobertura del aseguramiento y el acceso a los servicios es baja, lo cual parece tener explicación en las características del proceso de identificación y registro oficial de las circunstancias del desplazamiento, en el largo proceso que lleva de la inclusión en el sistema de información

⁷ Hoy Registro Único de Población desplazada (RUPD).



a la afiliación y prestación de los servicios, en las restricciones del aseguramiento por los menores beneficios ofrecidos en el régimen subsidiado comparado con el contributivo y con la atención a través de los subsidios a la oferta y en las limitaciones de los prestadores de servicios frente a los retos y condicionantes socioeconómicos, ambientales y culturales que afectan la salud de los desplazados. Además, existe una brecha importante entre la formulación de políticas y la ejecución de los programas. De hecho, la abundante reglamentación para el reconocimiento y atención de esta población ha terminado por constituir un laberinto que genera confusión, desorientación, desatención y barreras al acceso en distintos niveles [13].

Estos problemas no han sido superados con las decisiones de política emprendidas por la ciudad desde 2004, que si bien han ampliado el horizonte de acciones para la atención de los desplazados, y que en salud tienen en la estrategia de Salud a su Hogar un escenario favorable, finalizando el 2005 no habían logrado superar las barreras para la afiliación y el acceso a servicios, el trabajo intersectorial era incipiente, no se había desarrollado un enfoque diferencial de la atención ni se había consolidado un sistema de información para dar cuenta de las necesidades de los distintos grupos de población desplazada y para apoyar la toma de decisiones.

Para aportar en la respuesta a esta problemática, este estudio tuvo como objetivos describir las condiciones de vida y de salud de la población desplazada y los factores que obstaculizan y posibilitan el acceso a los servicios de salud de la población de las seis localidades que en el 2005 agrupaban la mayor proporción de personas en situación de desplazamiento en Bogotá, comparando la situación de la población desplazada con su condición previa y con la de la población local de las zonas de asentamiento, buscando me-

jorar la calidad de las evidencias usadas para la formulación de políticas en una perspectiva de equidad y a hacer visible la situación de los desplazados, para que el público informado contribuya a mejorar las respuestas.

Metodología

Se combinaron métodos y técnicas cualitativos y cuantitativos a partir de tres universos: la población desplazada y población receptora⁸ de las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Bosa, Kennedy, Rafael Uribe y Suba; los seis hospitales de primer nivel de la red pública de esas localidades y las quince Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) habilitadas para el aseguramiento de la población desplazada, con población afiliada en las áreas de estudio.

Para la obtención y análisis de la información se definieron cuatro ejes (antes y el después del desplazamiento, género, etnia y ciclo vital) y seis categorías centrales (demografía; aspectos sobre el desplazamiento; condiciones de vida; respuesta institucional; situación de salud y, aseguramiento, acceso y uso de servicios de salud). La recolección de información de fuentes primarias (población y funcionarios) y secundarias (estudios, investigaciones y sistemas de información) se hizo a través de diversos instrumentos: una encuesta de hogares, la guía de trabajo cualitativo con funcionarios de hospitales y ARS, y formatos de inspección.

Para conocer la magnitud de los problemas sobre condiciones de vida y salud y las características del acceso y uso de servicios de salud, se realizó un estudio de corte transversal que

⁸ Se denomina población receptora a aquella que vive en las zonas donde asientan los desplazados y comparte sus condiciones de vida, pero no tiene la condición de víctima del desplazamiento forzado.

incluyó una muestra de población desplazada y no desplazada de las seis localidades en estudio, calculada con base en el acumulado de declaraciones recibidas por la Personería Distrital y teniendo como criterios las características sobre condiciones de vida y tamaño poblacional, la existencia de hospitales en la localidad con contactos con población desplazada y la presencia de grupos étnicos. El cálculo de la muestra se hizo bajo el supuesto de una prevalencia de percepción de la enfermedad (p) de máximo 50%, una confiabilidad de 95% y un error factible (e) de 5%.

La información se obtuvo mediante encuesta de hogares. Una vez realizada la prueba en el 5% de la muestra, la encuesta fue ajustada y aplicada durante el mes de septiembre de 2005 al número de hogares estimados para cada localidad, que se identificaron y accedieron utilizando la estrategia de “bola de nieve” a través de contactos logrados durante el trabajo de campo preparatorio que garantizaron un alto nivel de aceptación y respuesta. Se encuestaron 400 hogares de desplazados y 400 de población receptora equivalentes a 2.082 personas desplazadas y 1.705 receptoras.

Los datos de las encuestas fueron procesados usando un programa de captura y se analizaron utilizando los paquetes estadísticos *Statistical Analysis System (SAS)* y *Data Analysis and Stastical Software (STATA)*. Para asegurar la calidad de la información se diseñaron e implementaron formatos de control para las etapas de recolección, crítica y digitación y se depuraron y corrigieron las inconsistencias de las bases de datos mediante cálculos de frecuencias simples.

Sobre la muestra de población desplazada se describió la situación de salud y se analizaron los factores que condicionan su acceso y uso de servicios incluyendo variables ampliamente validadas en otros estudios nacionales, regionales o locales y en investigaciones

previas con población desplazada y adaptadas al contexto de esta investigación. Luego se realizó un análisis comparativo entre la situación de la población desplazada y la de la población receptora local mediante la comparación de prevalencias de diferentes características. Se obtuvieron distribuciones de frecuencias simples y, mediante el uso de tablas de contingencia, se exploraron algunas asociaciones y se calcularon los riesgos relativos indirectos con sus intervalos de confianza asociados, para evaluar tanto la estimación puntual de la magnitud de esas asociaciones como el grado de su precisión. La información fue complementada con las percepciones de las poblaciones y sus líderes obtenidas mediante talleres y grupos focales, particularmente en los aspectos relacionados con el acceso a servicios.

La perspectiva de las instituciones se logró utilizando guías de trabajo y técnicas como lluvia de ideas, trabajo en grupos, votación para la priorización y discusiones en plenaria, en talleres con funcionarios asistenciales y administrativos de los hospitales de la red pública y de las aseguradoras del régimen subsidiado encaminados a indagar por los riesgos y problemas prioritarios de salud de la población desplazada y las barreras para el aseguramiento y el acceso a los servicios.

Los talleres y grupos focales fueron grabados en audio y transcritos y se analizaron mediante matrices en las que se compiló la información por categoría y se estableció el patrón de regularidades en el discurso de las/los participantes.

De todas las fuentes (personas y funcionarios) se obtuvo consentimiento y se garantizó la confidencialidad de los datos. El estudio de la situación de salud tuvo en cuenta el modelo de análisis de determinantes [8] y el de acceso puso en juego la perspectiva de individuos, hospitales y aseguradores sobre



barreras y factores posibilitadores según las funciones de rectoría, aseguramiento y prestación de servicios del sistema de salud [15, 25]. El análisis de conjunto se realizó en etapas sucesivas mediante triangulación de datos, fuentes y universos [26, 27, 28] a partir de los ejes y categorías definidos: Primero el análisis de la información y construcción de la perspectiva independiente de cada universo (poblaciones, hospitales, aseguradores) a partir de fuentes primarias y secundarias; luego la triangulación de universos sobre cada categoría y, finalmente, la definición de factores determinantes del acceso.

venía de zonas rurales, principalmente de departamentos vecinos como Tolima, Cundinamarca, Meta y Boyacá y escogió a Bogotá como lugar de residencia principalmente por razones de seguridad. 25% tenía en el 2005 menos de un año de vivir en la ciudad y 20% del total llegó en el año 2002.

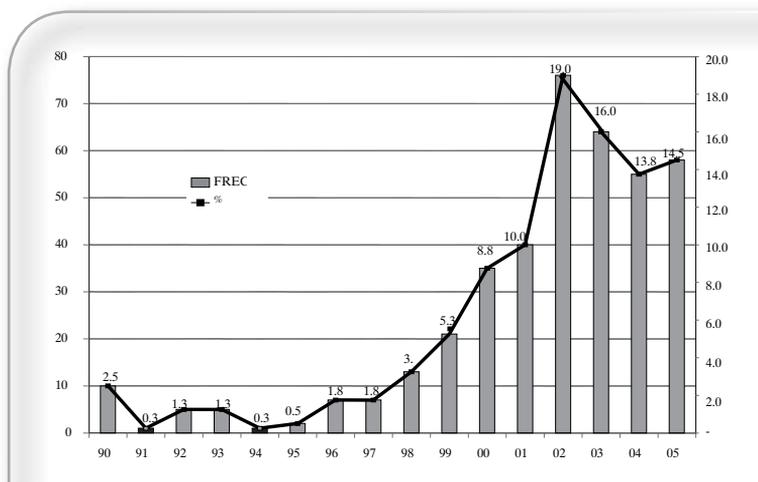
Un poco más del 80% de los hogares declaró la situación de desplazamiento ante una entidad autorizada del Ministerio Público, juzgado o notaría incluyendo a todos sus miembros. 87% de las declaraciones se hicieron en Bogotá y el 13% restante en el sitio de expulsión o en el trayecto. Los no declarantes tuvieron como principal razón el desconocimiento de los procedimientos (64%), pero en el 28% las barreras desde los servicios como el exceso de trámites, la demora en recibir la declaración y la desconfianza hacia las instituciones del gobierno, fueron notables; el 8% ciento adujo razones de seguridad. Del 80% que declaró sólo el 26% fue incluido en el registro oficial para la recepción de las ayudas en el tiempo que las normas disponen y en el 74% el tiempo fue superior a un mes.

Resultados

Características del desplazamiento

El 81% de las personas había sido desplazada sólo una vez y el 17% dos veces. La figura 1 muestra la tendencia del desplazamiento durante el periodo 1990–2005. En el último lustro se produjo el 85% del desplazamiento con una tendencia creciente desde el 2004. La mayoría de los desplazados (77%) pro-

FIGURA 1.



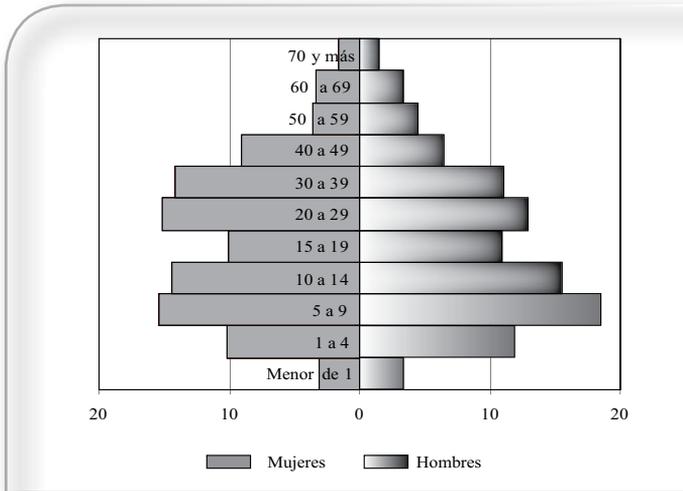
Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades en estudio en Bogotá, D.C. Septiembre 2005.

Perfil demográfico de las poblaciones encuestadas

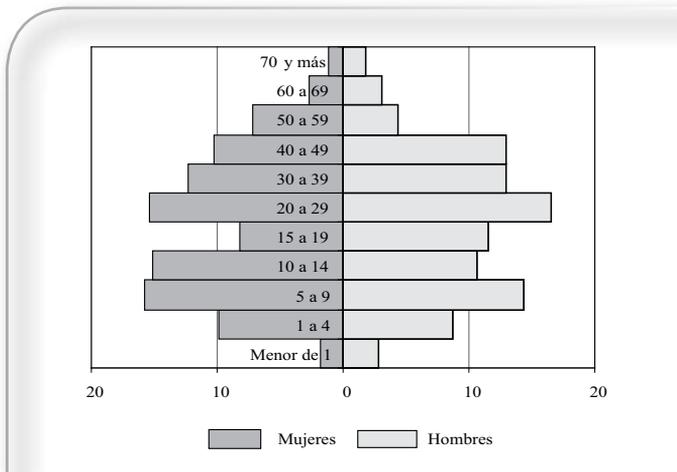
La proporción de hombres y mujeres fue similar en las dos poblaciones con una ligera predominancia de las mujeres (figura 2). En

general las pirámides muestran que los desplazados eran más jóvenes con una mediana de edad de 16 años frente a 20 en los receptores; de hecho la proporción de menores de 15 años fue de 46% en los desplazados y 39% en los receptores.

FIGURA 2.
PIRÁMIDES POBLACIONALES HOGARES ENCUESTADOS



PIRÁMIDES POBLACIONALES RECEPTORA



Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades en estudio en Bogotá, D.C. Septiembre 2005.

En la composición de los hogares se destacó la mayor proporción de otros familiares y no familiares en los hogares desplazados, 16%, frente a 10% en receptores, y un predominio más alto de hijos. El promedio de personas por hogar disminuyó después del desplazamiento (de 6,2 personas a 5,2) pero los hogares desplazados eran más numerosos que los receptores (4,3 personas por hogar).

La familia nuclear completa fue una estructura menos frecuente en población desplazada (50%) que en población receptora (60%) y nuevas tipologías como los hogares de hijos solos sin padres tuvieron presencia importante, 32% en desplazados vs. 26%. Aunque la jefatura femenina del hogar fue importante entre los receptores (30%), el porcentaje en los desplazados era de 37%.

En cuanto a grupo étnico, mientras en la población receptora las proporciones de

indígenas y negros o mulatos eran de 0,4% y 3,2% respectivamente, entre los desplazados estas fueron mucho mayores: 4,4% y 6,6%, es decir, que la frecuencia de estos grupos étnicos era casi 10 veces mayor entre la población desplazada que en la receptora (OR=9.9 IC 95% 4.0-20.4).

Condiciones de vida de individuos y hogares

Las viviendas de los desplazados fueron peores que las de los receptores (tabla 1). La proporción de desplazados y receptores viviendo en casas o apartamentos fue muy similar, algo más del 6%, pero las viviendas de los desplazados fueron con más frecuencia del tipo “cuarto de inquilinato” (48% vs. 32%), mientras que las de los receptores consistían en su mayoría en “cuartos de otro tipo de estructura” (60% frente a 44%). La mediana del número de habitaciones por vivienda fue de

TABLA 1.
POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (%)

Características de la vivienda	Población antes desplazamiento	Población en situación de desplazamiento	Población receptora
Tipo de vivienda			
Casa o apartamento	94.7	6.5	6.2
Cuartos en estructura inquilinato	3.3	48.0	32.3
Otro cuarto o vivienda	2.0	45.5	61.5
Acceso a servicios públicos			
Acueducto	46.8	76.5	78.5
Alcantarillado	27.5	69.5	73.2
Energía	63.5	96.3	97.7
Gas	4.3	38.5	60.2
Teléfono	6.8	41.2	56.0
Todos los servicios	2.3	25.3	46.0
Ningún servicio	29.3	2.8	1.5
Número de cuartos en el hogar			
1	10.5	48.6	31.8
2 o más	89.5	51.5	68.2
Personas por hogar	6.2	5.2	4.3
Número de cuartos en que duermen las personas del hogar			
1	19.3	58.8	43.3
2 o más	80.7	41.2	56.7

Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades en estudio en Bogotá, D.C. Septiembre 2005.

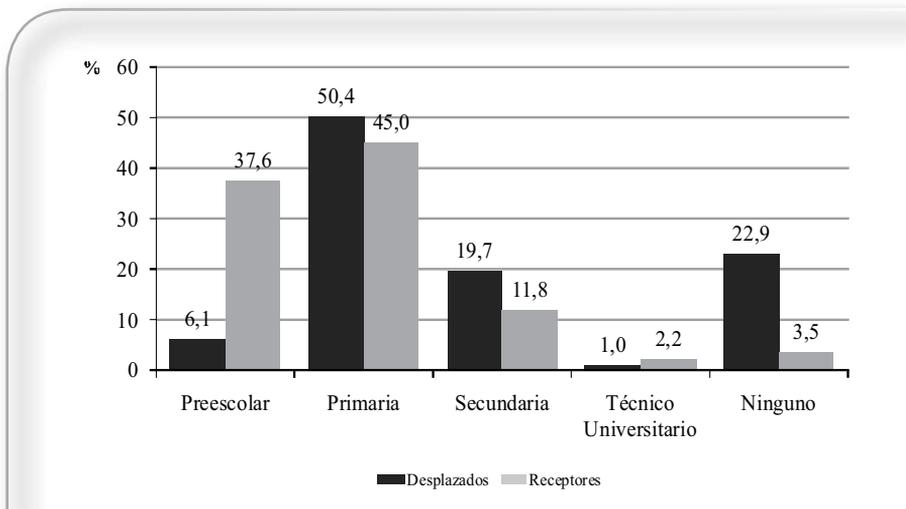
dos en ambos grupos; sin embargo, la proporción de hogares desplazados que disponía de una sola habitación (49%) fue superior a la de la población receptora (32%). El porcentaje de hogares desplazados donde las personas dormían en un solo cuarto era de 59% y en el 18% el cuarto para dormir era el mismo utilizado para preparar los alimentos. En los receptores el 43% vivía en un solo cuarto y el 15% lo utilizaba para dormir y cocinar.

Algunos indicadores presentaron cambios dramáticos a partir del proceso de desplazamiento. La tabla 1 muestra una importante caída en la proporción de hogares que vivía en casa independiente antes de ser desplazada, comparada con la proporción que sigue haciéndolo después del desplazamiento. A esto se suman los cambios desfavorables en el número total de cuartos de los que disponía el hogar y del número de habitaciones para dormir. Antes la mediana de cuartos de las viviendas era de tres y se redujo a dos después del desplazamiento. 81% de los hogares disponía

de más de una habitación para dormir y luego del evento este porcentaje se redujo a 41%. Y aunque la proporción de personas con acceso a servicios públicos aumentó sensiblemente, 64% de los hogares encuestados afirmó que su vivienda era peor al momento de la encuesta que antes del desplazamiento.

En general el nivel educativo (último año aprobado) de las poblaciones encuestadas fue bajo, siendo más bajo para la población en situación de desplazamiento (figura 3). La proporción de personas que no sabía leer y escribir fue mayor entre los desplazados que entre los receptores (28,4% vs. 21%) y la probabilidad de ser analfabeta era 50% mayor entre los desplazados que entre los receptores (OR=1.5 IC95% 1.1-1.8). Esto se correspondió con el nivel educativo de los dos grupos donde el 23% de los desplazados nunca había asistido a la escuela frente a solo el 3,5% de los receptores y por el predominio de la primaria incompleta como máximo nivel.

FIGURA 3.
POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO (%)



Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades en estudio en Bogotá, D.C. Septiembre 2005.



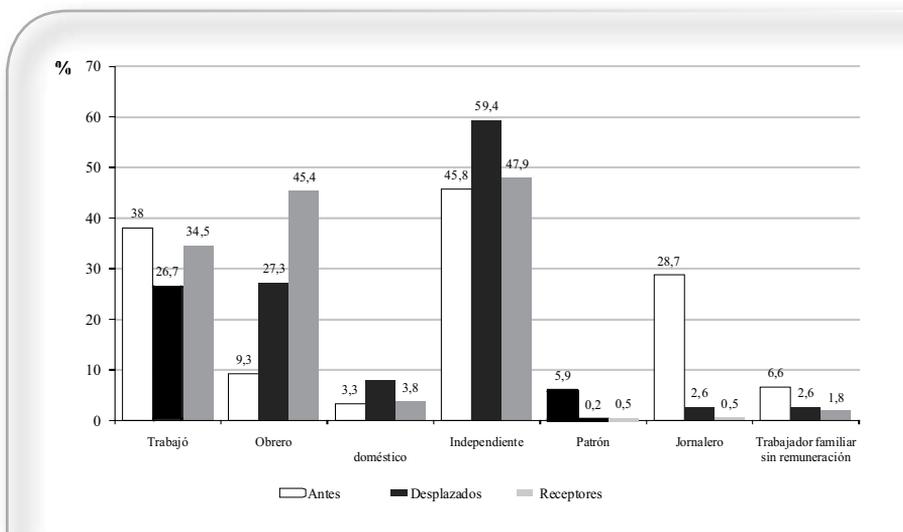
Sólo el 34% de los receptores y el 30% de los desplazados mayores de cinco años refirieron asistir a la escuela, colegio o universidad, en su mayoría a establecimientos públicos. Entre los que no asistían, más del 60% tuvo como razones la falta de recursos y la necesidad de trabajar, y en los desplazados el cambio en el lugar de residencia habitual y la falta de cupo fueron superiores a las razones de los receptores, 4,7% vs. 1,5%. No obstante, la asistencia escolar de la población de menores entre 5 y 11 años fue en general alta y mayor en niños-as desplazados (82%) que en receptores-as (71%), mientras la asistencia de los menores entre 12 y 18 años fue más baja, pero manteniéndose la tendencia de mayor asistencia en desplazados (71%) que en receptores (58%).

Fue significativo el porcentaje de personas en situación de desplazamiento que había cursado algún grado de secundaria, 20% frente a 12% en receptores, pero en estos últimos la proporción que alcanzó nivel de estudios

superiores fue el doble. La distribución por sexo mostró que en ambos grupos las mujeres tenían una mayor educación tanto en los niveles de primaria como de secundaria, aunque la proporción de mujeres sin ningún nivel de instrucción fue mayor en población desplazada (11%) que en receptora (2%).

La situación de la población en el mercado laboral fue diferente entre los dos grupos (figura 4). En la semana anterior a la encuesta el porcentaje de personas que refirió tener algún tipo de empleo fue inferior en los desplazados, 26,7% (15,4% de los hombres y 11,3% de las mujeres) que en los receptores, 34,5% (20,8% hombres y 13,6% mujeres) y, a su vez, más desplazados (7,4%) que receptores buscaban empleo (3,4%). Las personas inactivas eran algo más del 60%, de las cuales refirieron dedicarse al estudio el 29,6% de los desplazados y el 31,7% de los receptores y a oficios del hogar (fundamentalmente mujeres) el 32,3% y 28,3% respectivamente.

FIGURA 4.
POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN EMPLEO Y CATEGORÍA OCUPACIÓN (%)



Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades en estudio en Bogotá, D.C. Septiembre 2005.

La población desplazada presentó 1.4 veces más riesgo de carecer de trabajo y no vivir de la renta o pensión que la población receptora (OR=1.4 IC 95% 1.2-1.6). Más del 80% de la población que trabajaba se ubicaba entre 15 y 49 años, pero fueron significativamente más altos los porcentajes de menores trabajadores entre 5 y 18 años entre los desplazados, 59% de los cuales refirió ser trabajador independiente.

La calidad del empleo también pareció ser mejor entre los receptores que entre los desplazados. El 8% de los desplazados trabajaba como empleado doméstico al momento de la encuesta frente a 3,8 % en la población receptora; los jornaleros o peones eran 2,6% frente a 0,5%; los trabajadores independientes 59,4% vs. 47,9% en receptores y la proporción de trabajadores familiares sin remuneración también era mayor, 2,6% en desplazados y 1,8% en receptores. Los empleados domésticos y trabajadores familiares fueron en su mayoría mujeres y los jornaleros y obreros de empresa particular, hombres.

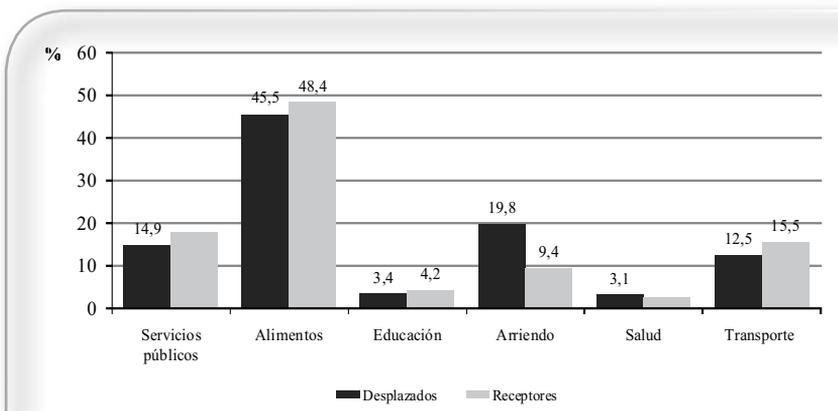
Con respecto a la situación de la población antes y después del último desplazamiento

se encontraron cambios importantes que sugieren un deterioro de las ya precarias condiciones laborales. Previo al desplazamiento el 38% de las personas tenía empleo y este porcentaje cayó a 27% al momento de la encuesta. Sólo 19% conservó su vinculación al empleo después del desplazamiento. Antes los trabajadores ejercían por cuenta propia y como jornaleros o peones y después, el porcentaje de trabajadores domésticos y obreros se incrementó sustancialmente.

La alimentación es una de las necesidades más sentidas para los desplazados. Los alimentos que consumieron hogares desplazados y receptores en el último mes provenían fundamentalmente de la compra. Y aunque los desplazados recibían más donaciones de entidades y familiares que la población receptora (14% frente 0,3%), se constató una diferencia importante con el desplazamiento. Antes los hogares producían sus alimentos en un 64% y los compraban en un 35% y al momento de la encuesta el 3% refirió producirlos y el 83% comprarlos.

El estudio tomó como una medida *proxy* del ingreso de las familias su capacidad de gasto

FIGURA 5.
POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO ÚLTIMO MES POR RUBROS (%)



Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades en estudio en Bogotá, D.C. Septiembre 2005.



en distintos rubros a partir de lo efectivamente gastado en el mes anterior a la encuesta en relación con el promedio mensual de gastos estimado. Los gastos mensuales totales que realizaron los hogares fueron en general bajos, aunque inferiores en la población en situación de desplazamiento. En los desplazados el promedio fue de 367 mil pesos, por debajo del salario mínimo legal vigente⁹ y en los receptores apenas lo superó en un 19% (438 mil pesos).

En el último mes las personas de hogares receptores gastaron en promedio 21% más que los hogares desplazados. Los hogares dedicaron su ingreso principalmente a la compra de alimentos, al pago de servicios públicos y al transporte urbano e intermunicipal (figura

5). Se destaca el gasto de los desplazados en arriendo que ascendió al 20% de su gasto total y que en promedio fue mucho mayor que en los receptores (\$72.560 vs. \$41.284) y el gasto en salud que también fue mayor (3,1% vs. 2,7%). Para soportar estos gastos, los aportantes fueron en su mayoría los/las jefes/as y cónyuges. Sin embargo al desagregar la estructura del gasto según jefatura los datos muestran que en los hogares desplazados a cargos de mujeres el gasto promedio es 88% inferior al de los hogares con jefatura masculina y en los hogares receptores con jefatura femenina el gasto es 78% inferior a los hogares con jefes hombres. Se resalta que en los desplazados una parte de los ingresos provenía de otros familiares y no familiares, 17,5% frente a 9,4% en receptores.

TABLA 2.
POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN CONDICIONES DE SALUD-ENFERMEDAD (%)

Condiciones de salud-enfermedad	Población desplazada	Población receptora
Eventos de interés en salud hogares		
Muertes infantiles, maternas o violentas	2.5	0.5
Discapacidad	12.8	10.3
Percepción sobre salud		
Buena o muy buena	72.5	81.1
Mala o muy mala	27.5	18.9
Enfermedad		
Enfermedad crónica	9.4	9.4
Enfermedad últimos treinta días	10.4	8.3
Incapacidad por enfermedad	69.2	59.6

Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades en estudio en Bogotá, D.C. Septiembre 2005.

Condiciones de salud

En general la percepción de enfermedad y la mortalidad percibidas fueron mayores en la población desplazada (tabla 2). La proporción de personas que reportó que su estado de salud era malo o muy malo fue mayor en

los desplazados, 28%, que en los receptores, 19% (OR=1.6 IC95% 1,3-1,8). Y aunque no se encontraron diferencias importantes por sexo en ninguno de los grupos, en los primeros la percepción de mala enfermedad se presentó en edades más tempranas (a partir de los 40 años) que entre los segundos (a partir de los 60 años) y, niños y jóvenes desplazados reportaron peor percepción de salud que sus congéneres receptores.

⁹ Equivalente a 381.500 pesos en el 2005.

Estos hallazgos se correspondieron además con una mayor ocurrencia de muertes en el último año entre los desplazados, 10 eventos (8 muertes por hechos violentos y 2 neonatos muertos) en los 400 hogares encuestados para una incidencia acumulada de 2,5%, frente a 2 eventos por muerte violenta en los hogares de receptores y una incidencia acumulada de 0,5%. No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de personas con discapacidad permanente (13% en desplazados y 10% en receptores) y ninguna en la proporción de enfermos crónicos (9,4%). La frecuencia de enfermedades o accidentes que no requirieron hospitalización en los últimos 30 días fue mayor en los desplazados (10,4% vs. 8,3%) al igual que el porcentaje de incapacidad por enfermedad, 69 % vs. 60% y el número de días que los enfermos estuvieron incapacitados (mediana de 3 días en desplazados y de un día en receptores). En ambos grupos los enfermos fueron personas mayores de 50 años y más mujeres que hombres.

Aunque los registros de información de los hospitales no permitieron conocer las principales causas de morbilidad y mortalidad específicas de la población desplazada, los talleres con funcionarios revelaron que el perfil de causas era similar en ambas poblaciones pero la magnitud de los eventos se percibía mayor entre desplazados, siendo los principales problemas la salud mental y la violencia intrafamiliar, la desnutrición, el embarazo adolescente, las enfermedades respiratorias agudas, las dermatitis, las enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes, las enfermedades transmisibles y la discapacidad.

Se diferenciaron los problemas según ciclo vital y género. Predominaron en las/los niñas-os desplazados los problemas de comportamiento, la desnutrición, las enfermedades infecciosas e inmuno-prevenibles y el maltrato; en las/los jóvenes los problemas

relacionados con el embarazo, parto y puerperio, el consumo de psicoactivos, la violencia intrafamiliar y los problemas de salud mental como ansiedad e intento de suicidio; en adultos las complicaciones del embarazo, violencia intrafamiliar, depresión, enfermedades transmisibles y crónicas y discapacidad y, en los adultos mayores, la depresión, las enfermedades crónicas, la discapacidad y la desnutrición. En las mujeres se registró que el abuso sexual, la gestación temprana, el maltrato y la desnutrición eran de frecuente presentación y en los hombres la desnutrición y maltrato infantil, las enfermedades transmisibles y los intentos de suicidio.

En estos problemas se reconocieron como influencias importantes que los determinan las condiciones de discriminación y exclusión que viven los desplazados, la destrucción de la familia, las deterioradas condiciones de vida, el contexto urbano y sus demandas y la falta de acceso a servicios públicos, sociales y de salud.

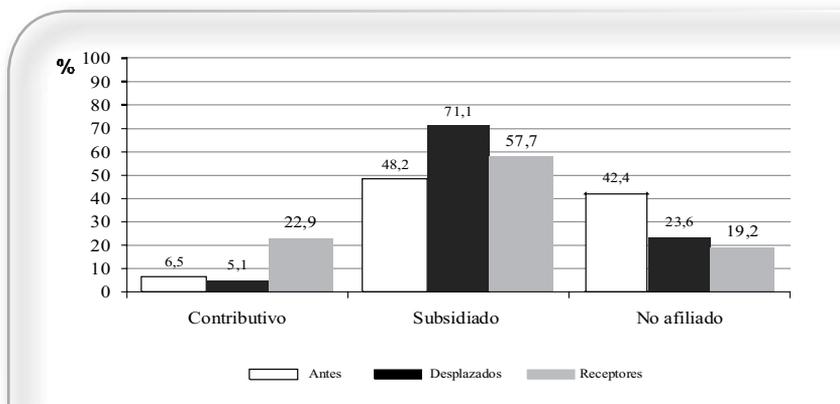
Aseguramiento, acceso y uso de servicios de salud

En cuanto a la afiliación a la seguridad social en salud (figura 6), se encontró que el 24% de los desplazados y 19% de los receptores no estaba afiliado a ningún régimen, lo que no resultó ser una diferencia tan importante. Entre los desplazados el 5% estaba afiliado al régimen contributivo y 71% al régimen subsidiado (a través del Sisben o como población especial), a diferencia de los receptores en quienes el porcentaje de asegurados contributivos era mucho mayor, 23%, y el de afiliados mediante subsidios inferior (58%). El número de beneficiarios por cotizante era de 2,1 en población desplazada y de 1,4 en población receptora.

Las dos poblaciones tuvieron razones similares para explicar la no afiliación pero en una mayor proporción la población desplazada adujo



FIGURA 6.
POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN AFILIACIÓN
A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (%)



Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades en estudio en Bogotá, D.C. Septiembre 2005.

que no se le había aplicado la encuesta Sisben - Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales- (51% vs. 30%); la falta de inclusión en el registro oficial SUR que habilita para la recepción de las ayudas oficiales en el 8,3% y problemas con los trámites por falta de documento, falta de información y doble afiliación en el 16%. Por otra parte, más desplazados que receptores refirieron tener problemas con la afiliación (13% y 9%), siendo el exceso de trámites la principal razón (43% frente a 27% en receptores) seguida de la carencia de carné para hacer uso de los servicios (15,5% vs. 14,8%), mientras predominaron en los receptores las razones de falta de información sobre los centros de atención de la red (14% vs. 12,5%), y la percepción que el servicio ofrecido era malo, 17,3%, frente al 14,4% en desplazados.

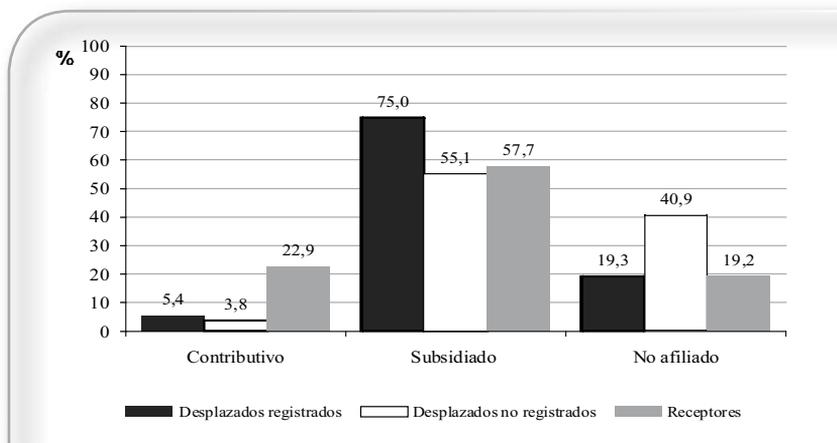
A pesar que la población en situación de desplazamiento tuvo un porcentaje más alto que los receptores de no aseguramiento, al comparar la situación antes y después del desplazamiento se aprecia que la cobertura tuvo un incremento importante (de 58% a 76%). No obstante, tal mejora es significati-

va en la población reconocida en el sistema de información oficial SUR (figura 7). Los datos revelan que mientras el porcentaje de población no asegurada que estaba en el SUR era de 19%, en la población no incluida en el registro era más del doble; y a la vez, la proporción de personas subsidiadas como población especial era 8 veces superior.

Un porcentaje muy alto de personas desplazadas refirió no conocer sus derechos en materia de atención en salud, 59% (35% en receptores); ni de los requisitos para usar los servicios médicos, 44% (21% en receptores); o de los horarios de atención, 40% (21% en receptores). El riesgo de problemas con la afiliación fue 1.4 veces superior que en los receptores (OR=1,4 IC95% 1,1-1,8)

La proporción de personas que manifestó tener una enfermedad crónica y no consultar regularmente fue mayor en los desplazados, 5%, que entre los receptores, 3,1%, y superior en los hombres que en las mujeres (OR=1,0 IC95% 0,8-1,2); y en los desplazados el riesgo de enfermedad en los últimos 30 días fue 1.3 veces mayor (OR=1,29 IC95% 1,03-1,61).

FIGURA 7.
POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN AFILIACIÓN
A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD E INCLUSO EN EL REGISTRO OFICIAL (%)

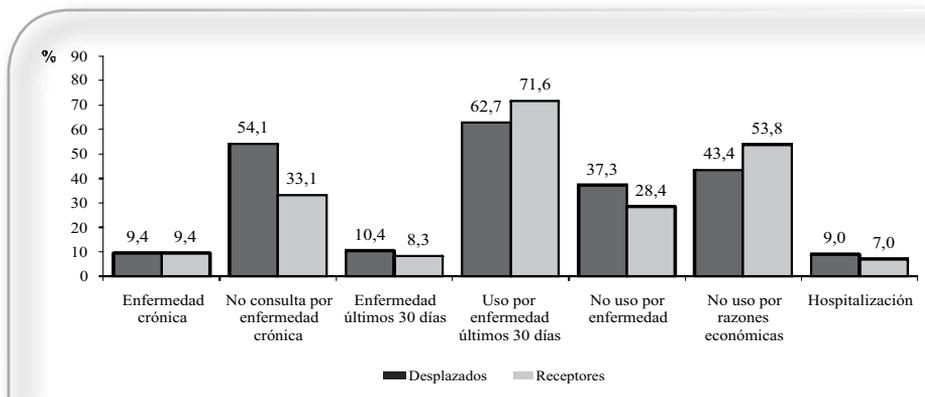


Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades en estudio en Bogotá, D.C. Septiembre 2005.

El uso de servicios de salud por enfermedad en los últimos 30 días fue inferior en la población en situación de desplazamiento que entre los receptores (figura 8). En efecto, de las 215 personas desplazadas que refirieron haber estado enfermas (10,4%), sólo el 63% consultó los servicios, comparado con el 72% de las receptoras con el mismo antecedente (8,3%). Las principales razones de no utilización fueron, exceptuada la ausencia

de necesidad (“el caso era leve”) que fue importante entre los receptores (68% vs. 33%), la falta de dinero (54% en receptores y 43% en desplazados), los trámites y la falta de tiempo (10% frente a 5% y 15% vs. 7% respectivamente) y la no atención (14,2% en receptores y 10,1% en desplazados). Alrededor del 65% de las personas en ambos grupos consultó la última vez por medicina general.

FIGURA 8.
POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN USO DE SERVICIOS DE SALUD (%)



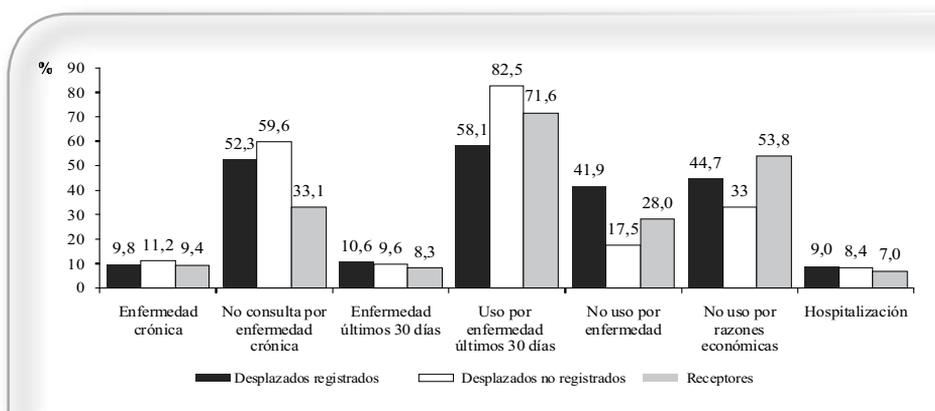
Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades en estudio en Bogotá, D.C. Septiembre 2005.



Como en el caso del aseguramiento el comportamiento de la utilización según enfermedad es diferente según si la población desplazada se encuentra incluida en el SUR o por el contrario es no reconocida en el registro oficial (figura 9). Así, la proporción de personas que usó servicios de salud por enfermedad los últimos 30 días fue mayor en los no incluidos en el SUR (83%) frente a los

registrados (58%) y los receptores (72%). Sin embargo, el porcentaje de éstos que acudió a servicios de urgencias de la red pública fue superior que en los otros dos grupos como se muestra en la tabla 3. Excluido que el caso era leve las razones de no uso de servicios por razones económicas fueron mayores en población registrada (44,7%) que en población no incluida en el SUR (33,3%).

FIGURA 9.
POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN USO DE SERVICIOS DE SALUD E INCLUSIÓN EN EL REGISTRO OFICIAL (%)

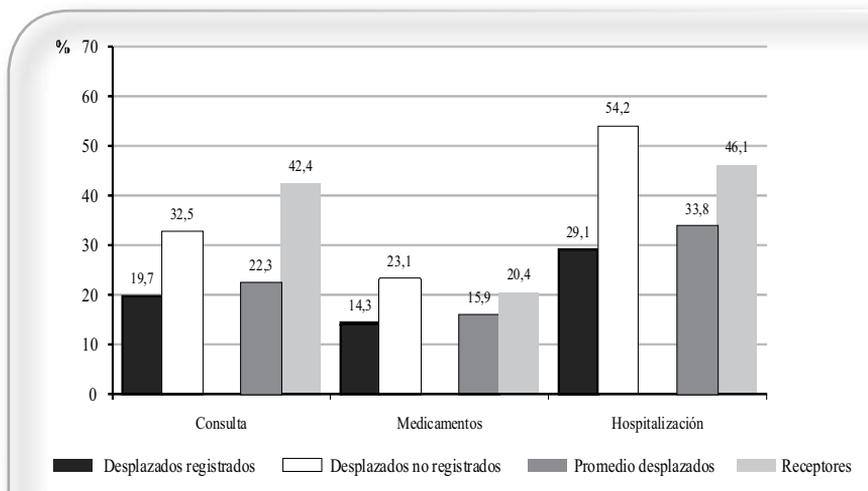


Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades en estudio en Bogotá, D.C. Septiembre 2005.

Aunque sólo el 5% de los receptores y el 3% de los desplazados pagaron el valor total de la consulta, el pago parcial fue casi el doble en los receptores (42%) que en los desplazados (22%). A cerca del 60% que consultó le formularon medicamentos, pero la proporción que no los recibió fue mayor en los desplazados (18%) que en los receptores (14%). Y no obstante una proporción menor de personas desplazadas tuvo que pagar por tales medicamentos, 16% frente a 20%, los que lo hicieron desembolsaron una cantidad más alta (mediana de \$8.000 en desplazados y \$6.000 en receptores). En los no incluidos en el SUR (figura 10) el 33% refirió pago por consulta y 23% pago por medicamentos.

Aunque el porcentaje fue bajo, el riesgo de problemas con la consulta fue mayor en desplazados (OR=1,33 IC95% 1,02-1,74) y los principales problemas fueron la demora y el mal trato por parte del médico y el exceso de trámites cuyo peso en la población desplazada es significativamente alto. Se destaca la mayor proporción de personas desplazadas no registradas que tuvieron problemas con la consulta (el doble que en desplazados registrados y población receptora) y el peso más alto de las razones de incapacidad de pago por servicios (15%). Las principales características anotadas sobre la atención se resumen en la tabla 3.

FIGURA 10.
POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN PAGO POR SERVICIOS DE SALUD (%)



Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades en estudio en Bogotá, D.C. Septiembre 2005.

TABLA 3.
POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN (%)

Características de la atención	Hogares y personas desplazadas registradas	Hogares y personas desplazadas no registradas	Hogares y personas receptoras
Servicio consultado últimos 30 días			
° Consulta médica general	65.5	62.9	69.4
° Consulta médica especializada	5.2	5.8	6.4
° Urgencias	9.6	12.7	9.0
° Consulta odontológica	10.5	9.3	9.3
° Otro servicio	2.3	1.4	0.9
Lugar en que se realizó la consulta			
° Hospital, centro ARS/EPS* afiliación	41.3	41.6	65.1
° Hospital, centro de salud de la SDS	55.0	55.6	30.2
° Hospital, clínica o centro privado	3.5	2.6	4.6
Problemas con la consulta	6.0	12.9	5.7
Tipo de problema con la consulta			
° Demora en la atención	38.1	18.8	36.0
° No recibió buen trato (médico/otros)	25.7	33.8	40.0
° No le informaron sobre trámites o muchos trámites para la consulta	32.9	13.1	11.4
° No tenía con qué pagar servicios	1.0	15.0	8.4
° Otro	2.0	18.8	4.2

* Empresa Promotora de Salud EPS

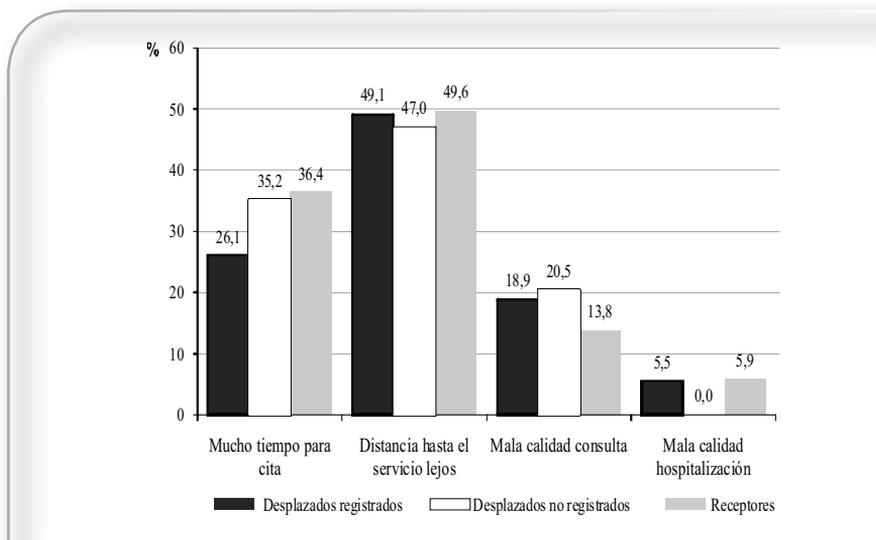
Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades en estudio en Bogotá, D.C. Septiembre 2005.



En relación con el tiempo entre la solicitud de una cita y la atención, los receptores demoraron más tiempo (mediana de 3 días frente a un día en los desplazados), y ello se refleja en su percepción al calificarlo como mucho tiempo, 36% frente a 31,3% en los desplazados (figura 11). La consulta sobre la distancia no mostró diferencias entre grupos, pero cerca de la mi-

tad de las personas considera que los servicios le quedan lejos o muy lejos. La calidad de la atención en la consulta fue calificada de mala o muy mala por el 19% de los desplazados y 14% de los receptores, siendo los aspectos que más influyeron: la mala atención del personal administrativo, el exceso de trámites y la mala atención de los profesionales.

FIGURA 11.
POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN PAGO PERCEPCIÓN NEGATIVA
SOBRE ASPECTOS DE DISTANCIA, TIEMPO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (%)



Fuente: Encuesta de hogares desplazados y receptores de las localidades en estudio en Bogotá, D.C. Septiembre 2005.

La prevalencia de hospitalización (Figura 9) fue superior entre los desplazados, 8,9%, que en los receptores, 7%, (OR = 1,29 IC95% 1,02-1,64) y el perfil de causas similar. Salvo la mayor proporción de accidentes de trabajo y otros accidentes en los receptores, 2,5% y 7,5%, frente al 0,5% y 5,9% en desplazados, en ambos grupos las principales razones fueron la enfermedad (47%), seguida por la atención del embarazo o del parto (cerca de 25%), cirugías (11%) y accidentes (alrededor del 7%). Entre las personas que fueron hospitalizadas (186 desplazados y 120 receptores) se preguntó sobre la calidad del servicio (figura 11) encontrándose que

más del 90% lo calificó como bueno o muy bueno y, entre quienes lo calificaron malo, la principal razón fue el mal trato por parte del personal profesional. De nuevo, un porcentaje importante pagó una parte de los servicios (29,1% de los desplazados registrados, 54,2% de los desplazados no incluidos en el SUR y 46,1% de los receptores).

A las personas que no hicieron uso de servicios en el último mes y no estuvieron hospitalizadas se les consultó por demanda de servicios en el último año. El riesgo de necesitar consulta y no haber sido atendido es 1.7 veces mayor en los desplazados (OR = 1,73

IC95% 1,3-2,3). De hecho el porcentaje de desplazados que sintió necesidad de consultar pero no recibió atención fue mayor, 7% frente a 4%, siendo las principales razones la falta de documento de identificación (15% en desplazados y 27% en receptores), la falta de dinero para pagar la consulta (7% en desplazados vs. 13% en receptores) y el consultar a entidades que solo atienden a personas aseguradas (15% en desplazados y 5% en receptores). En los receptores se destaca un 15% que refirió que la institución a la que consultó no prestaba los servicios que necesitaba.

Se indagó en la encuesta por el uso de servicios preventivos en el último año y por la consulta en programas de promoción y prevención, tomados como trazadores del de control de crecimiento y desarrollo, el programa ampliado de vacunación y el de control prenatal. La consulta médica u odontológica por prevención durante los 12 meses previos a la encuesta fue baja en los dos grupos y menor en desplazados, 25%, que en receptores, 39%.

Se encontraron 298 niños-as menores de 5 años en los hogares desplazados y 199 en los hogares de receptores. La proporción de estos menores que debía permanecer en casa al cuidado de un familiar diferente al padre o la madre o de un vecino era mayor entre los desplazados que en los receptores (29% vs. 15%), y de ellos, el 21% de los desplazados y 13% de los receptores permanecían con un familiar menor de 18 años o con otro menor que él o ella (OR=1,99 IC95% 1,21-3,26). Las principales razones por las que los niños-as desplazados no asistían a guardería eran la creencia de que no debía asistir todavía (39%), no poder pagar el costo del servicio (25%), no haber encontrado cupo (12%) y no tener una institución cerca (3%).

Una menor proporción de niños-as de las familias desplazadas había consultado al

menos una vez a servicios preventivos en el último año (39% vs. 55%) pero la proporción que tuvo que desembolsar algún valor por la consulta fue menor entre los desplazados (9% vs. 13%). El riesgo de faltar a las citas de control de crecimiento y desarrollo en los niños fue 2 veces mayor entre niñas-os desplazados que en sus congéneres receptores (OR=1,89 IC95% 1,31-2,72).

El estado de vacunación incompleto fue mayor en los niños-as menores de un año que en los de 1 a 4 años, independientemente del estado de desplazamiento. En las menores de un año no se observaron diferencias importantes aunque alrededor del 70% en ambos grupos no había completado el esquema. Entre niños-as de 1 a 4 años la cobertura de vacunación antes de los doce meses aumenta por encima del 70% con una leve tendencia a ser mayor en los receptores, aunque esa diferencia no fue importante. Se observaron sí diferencias por sexo. Los niños tienden a estar mejor vacunados que las niñas y las diferencias son más amplias entre los receptores y específicamente para los menores de un año. La frecuencia de vacunación incompleta para los receptores menores de un año fue de 20% mientras que para las niñas del mismo grupo de edad y poblacional la frecuencia de este indicador fue 52%.

Del total de personas encuestadas en el grupo de población en situación de desplazamiento, el 20% eran mujeres entre los 14 y 49 años mientras que en el grupo de receptores esta proporción fue del 27%. La ocurrencia de embarazo al momento de la encuesta entre las mujeres en situación de desplazamiento fue mayor (8%), que la encontrada entre las mujeres de los hogares receptores, (5%) y el embarazo adolescente (15-19 años) también superior, 5,3% en desplazadas y 3,7% en receptoras. Un 31% de las desplazadas y 45% de las receptoras



se encontraba en el primer trimestre del embarazo. Los resultados sobre la asistencia de al menos una vez al programa para control del embarazo fueron similares entre los dos grupos, 75% y 73% respectivamente, pero fue notable la diferencia en la proporción de mujeres desplazadas que tuvieron que pagar algún costo la última vez que consultaron por su embarazo, 25% en desplazadas frente a 12,5% en no desplazadas.

La frecuencia de mujeres que reportó embarazos terminados en pérdidas o abortos tuvo una incidencia alta, una de cada cuatro, y fue algo mayor en mujeres en situación de desplazamiento (29%) que en receptoras (25%). La proporción de mujeres que manifestó haberse practicado una citología en el último año fue baja, alrededor del 40% en ambos grupos, y 30% refirió haberlo hecho alguna vez.

Factores condicionantes del acceso a servicios de salud y de la respuesta de los servicios a los determinantes y riesgos que afectan la salud de la población

Las evidencias aportadas por la encuesta sugieren la existencia de diversas barreras al acceso a los servicios para las dos poblaciones estudiadas. Barreras de tipo económico como la imposibilidad de pagar por los servicios no obstante el aseguramiento, barreras geográficas manifiestas en la mala calificación de la distancia y tiempo hasta el proveedor, barreras de información y conocimiento sobre derechos, trámites y horarios de atención en los servicios, barreras administrativas impuestas por los trámites y procedimientos de las instituciones implicadas en la atención y barreras culturales expresadas en la falta de confianza en los médicos.

Estas limitaciones se presentan en ambos grupos pero los datos revelan que la magnitud de los eventos es diferente e incluso desigual e involucra aspectos adicionales. De hecho funcionarias de las administradoras del régimen subsidiado [29] refirieron como factores de mayor vulnerabilidad en los desplazados la alta movilidad en la ciudad que dificulta los contactos con las entidades para la entrega del carné de afiliación, la falta de documento de identificación para la consulta y el desconocimiento sobre trámites y sobre derechos como población especial.

Aunque la percepción sobre los factores causales de estas limitaciones son diferentes entre distintos actores, los funcionarios de aseguradoras y hospitales [29, 30] coincidieron con la población desplazada [31, 32] en la existencia de barreras que limitan el que se pueda acceder y utilizar efectivamente los servicios de salud y que, aún cuando en la legislación ha sido definida una ruta, existe una brecha entre los contenidos normativos y las situaciones que viven las personas [33].

De manera general se pueden dividir a las personas desplazadas en dos grupos. Aquellas que han sido registradas oficialmente e incluidas en el sistema de información gubernamental y se les reconocen derechos con enfoque diferencial, y aquellas que no han sido registradas para quienes la respuesta a sus necesidades es la misma que la ofrecida para la demás población pobre y vulnerable. Los dos grupos siguen rutas diferentes para la atención y en ambos se verifican barreras para el acceso relacionadas con los mecanismos y tiempos establecidos para el reconocimiento de las personas desplazadas según lo establecido en la Ley 387 y sus normas reglamentarias, barreras de las características del sistema de aseguramiento en salud y, barreras derivadas de las limitaciones de la respuesta de los servicios de salud en integralidad, continuidad y enfoque apropiado a las necesidades de la población.

La encuesta ilustra claramente el comportamiento de las variables de afiliación, utilización, pago por servicios y calidad según la inclusión de los hogares y personas en el sistema de registro oficial. En general, los datos muestran que no existen diferencias importantes en la percepción sobre la salud, la presencia de enfermedad crónica y el reporte de enfermedad en el último mes entre población reconocida e incluida en el SUR y los no registrados. Sin embargo, el aseguramiento como mecanismo para garantizar el acceso a servicios fue el doble entre los incluidos (figura 7) aunque el uso por enfermedad en los últimos treinta días fue mayor en no incluidos, la mayoría de los cuales acudió a los servicios de urgencia en la última consulta (figura 9). Las mayores barreras parecen presentarse para la consulta por enfermedad crónica que es baja en ambas poblaciones pero inferior en desplazados no registrados. El porcentaje de necesidad de servicios y no atención es superior en no incluidos (14% vs. 9% en registrados) y el pago por consulta, medicamentos y hospitalización (figura 10) es significativamente mayor. También una proporción más alta de personas no reconocidas dijo haber tenido problemas con la consulta, el doble (13%) que en la población en el SUR, siendo las razones de falta de dinero para pagar los servicios el 15%, frente al 1% en registrados.

La segunda categoría de problemas tiene que ver con la estructura del sistema de aseguramiento en salud. La obligatoriedad que impuso la Ley 100 de 1993 que cada ciudadano debe estar afiliado a una única aseguradora se constituye, en muchos casos, en una barrera para que las personas desplazadas puedan acceder a los servicios. La mayoría desconoce estos aspectos de la normatividad y las implicaciones que tiene elegir ARS en el municipio de llegada si permanece afiliada a una empresa promotora de salud del régimen contributivo o del régimen

subsidiado en el lugar en que vivía, porque da origen a “duplicidad” de la afiliación y se traduce en la negación de la prestación de la atención.

Por otra parte, los servicios prestados le son pagados y auditados a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) por cada individuo que ha atendido. En un modelo de mercado que funciona sobre la lógica de la rentabilidad financiera, los hospitales no solo deben ajustarse a la facturación sino que también deben demostrar porqué y por quién están haciendo la facturación para evitar las glosas y las consecuentes pérdidas financieras. Es esto lo que justifica la exigencia de fotocopias al momento de la atención [29].

Un obstáculo adicional tiene que ver con el Sistema de Identificación de Beneficiarios (Sisben). Los funcionarios [29, 30] mencionaron que algunas personas desplazadas tienen que hacer co-pagos al momento de solicitar un servicio porque al haber respondido la encuesta en Bogotá aparecen clasificadas con algún nivel en el sistema de información (“comprobador de derechos”).

Pero la mayor limitación en relación con el aseguramiento fue la referida a las restricciones de los beneficios [29, 30, 33], particularmente del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S), frente a los que se ofrecen por la vía de subsidios a la oferta, que en opinión de las aseguradoras des-estimula el aseguramiento, para los prestadores dificulta la atención y para los usuarios implica limitaciones al acceso y gasto de bolsillo.

Por último están las barreras del modelo de gestión y del proceso de prestación de servicios en los hospitales, relacionadas con: La disposición de las redes de servicios en el Distrito en las que la menor densidad de oferta institucional se encuentra justamente



en las áreas más deprimidas. Los problemas derivados de las modalidades de contratación con la Secretaría y con las aseguradoras. La fragmentación de la atención por niveles y la inoperancia del sistema de referencia y contrarreferencia. El incumplimiento en los beneficios otorgados, por ejemplo, la no entrega de medicamentos o su entrega incompleta y, el desconocimiento de los funcionarios sobre los derechos de los desplazados que los lleva a negar la atención o a exigencias por fuera de la ley.

La barrera más importante en relación con los servicios de salud está en las características del modelo de atención, en su falta de integralidad, oportunidad, continuidad y calidad. Los desplazados se quejan del trato discriminatorio y los funcionarios reconocen la baja respuesta a problemas específicos y prioritarios como los de salud mental y salud sexual y reproductiva [29, 30, 31, 32, 33, 34] para los cuales, en ausencia de una clara directriz de política para ampliar las prestaciones garantizadas, el marco legal y los procesos de organización de los servicios de salud vigentes no son una respuesta.

Discusión y conclusiones

De manera general los resultados de esta investigación muestran el deterioro en las condiciones de vida como consecuencia de los cambios vividos, aportan evidencias sobre sus implicaciones en materia de equidad, reconocimiento y participación y apoyan la tesis de trabajo que el desplazamiento constituye un riesgo para la salud y un factor adicional de exclusión y vulnerabilidad.

El componente cuantitativo no fue una encuesta basada en una muestra aleatoria de la población debido a la invisibilidad de la población desplazada en los mapas de la ciudad. Esto teóricamente podría restrin-

gir la capacidad para extrapolar algunos hallazgos puntuales, como por ejemplo la frecuencia absoluta de coberturas o de uso de servicios; sin embargo, sigue siendo una encuesta basada en población lo cual le añade validez a los resultados en materia de desigualdades entre las dos poblaciones para condiciones de vivienda, socio-económicas y acceso a servicios.

En relación con la dinámica y circunstancias del desplazamiento, los hallazgos coinciden con lo reportado por fuente oficiales [3] y algunas Organizaciones no Gubernamentales (ONG) [1, 4] sobre la magnitud del fenómeno del desplazamiento que tuvo su mayor crecimiento en el año 2002 como consecuencia de la ruptura en los diálogos de paz, y aunque con tendencia al decremento en el 2003 y 2004, en el 2005 parecía haberse recrudecido. En este sentido los datos muestran coherencia entre las tendencias reportadas por los encuestados y el mapa nacional y sustentan las voces que denunciaron que, contrario a lo que reportaban las cifras oficiales, el fenómeno estaba de nuevo en aumento [6].

Como se menciona en otros estudios [12, 35, 36], la población desplazada tiende a ser más joven que la población receptora, los principales afectados son los niños, niñas, jóvenes, mujeres y minorías étnicas. De hecho la investigación mostró que la proporción de indígenas era 4 veces mayor y la de afro descendientes era el doble que en la población receptora.

Los cambios suscitados por el desplazamiento trascienden la composición de la familia e implican cambios profundos en sus dinámicas y estructuras. Si se tiene en cuenta que el 77% de la población desplazada de este estudio provenía de la zona rural, y se analiza la tipología y estructura familiar que todavía predomina en el campo, puede tam-

bién inferirse que la mayoría de las unidades familiares de hijos solos que aparecen en la población desplazada (32% frente a 26% en receptores), eran consecuencia directa de la dispersión y desintegración que sufren por el desplazamiento forzoso, y podrían ser un factor explicativo de los hallazgos sobre incremento de la jefatura femenina de hogar reportado por la Encuesta de calidad de vida ECV-03 [37], que en este estudio fue mayor (37% en desplazados y 30% en receptores) y similar a los datos reportados por la encuesta de salud sexual y reproductiva en zonas marginales (35%) con base en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) [38].

Las condiciones de vida de los desplazados son peores que las de la población receptora y sus condiciones sociales y económicas se deterioraron dramáticamente después del desplazamiento. Evidencias de esto son las condiciones de la vivienda, el nivel de hacinamiento, el bajo perfil educativo, las precarias condiciones del empleo y la dependencia económica. No obstante las condiciones de los desplazados son peores que las de los receptores, las de éstos últimos distan mucho de las que vive el promedio de Bogotá como se resume en la figura 12, haciendo aún más visible la gran brecha existente entre la población desplazada y el resto de la ciudad.

Puede observarse una caída en la proporción de hogares que vivían en casas independientes antes de ser desplazadas comparadas con los que siguen haciéndolo después del desplazamiento y niveles críticos de hacinamiento (59%). Y aunque los resultados sugieren que el acceso a servicios públicos para los desplazados en Bogotá es mejor que las coberturas para los desplazados en otras ciudades y regiones [12, 35, 36, 39], más alto que el promedio nacional [39, 40, 41] y mejor que en las zonas rurales de donde provienen, el hacinamiento y la mayor densidad de los hogares no alcanza para cali-

ficar la situación actual como una mejora. A pesar de este mejor acceso, los desplazados siguen ubicándose en las áreas más periféricas de la ciudad en zonas de alto riesgo físico y sanitario y de difícil acceso geográfico (la mayoría de estrato 0 y 1) que pueden favorecer la incidencia de eventos en salud pública como la enfermedad respiratoria aguda en los menores y limitar la respuesta sectorial.

La investigación también sugiere que, a mediano plazo, las posibilidades que tienen los desplazados para mejorar sus condiciones de vida son muy limitadas dado el rezago que se muestra en el porcentaje de personas empleadas y educadas. Los indicadores de educación son muy inferiores a los de la población receptora y a los de la población general, ya que según la ENDS 2005 [42] la frecuencia promedio de personas que no asistía a la escuela era de 8% en el nivel nacional y en los desplazados de 21,4% [36, 41], un porcentaje similar al encontrado en este estudio de 23%.

El desempleo entre los desplazados fue mucho mayor que el promedio nacional, 76% frente a 12%, y aún si se acepta que el porcentaje de subempleo en el país era cercano al 50% en el 2005, los desplazados salen peor librados que el resto de la población [37, 38, 42]. Pero no sólo hay una disminución en el empleo, hay también una pérdida de calidad lo cual es sugerido por la mayor proporción de personas desplazadas que trabajan en oficios de baja calificación como los empleados domésticos, el número de menores de 14 años dedicados a la informalidad y el alto porcentaje que no sabía leer ni escribir. Esto podría explicar el menor nivel de ingresos de la población desplazada que se expresa en un menor gasto que el de los hogares receptores pobres.

Uno de los indicadores más representativos de las circunstancias de vulnerabilidad en la población víctima del desplazamiento es el



de la alimentación. El estudio encontró que esta es una de las necesidades más sentidas y que con el desplazamiento se produce un deterioro en la disponibilidad y se amenaza la seguridad alimentaria. Antes producían los alimentos y hoy tienen que comprarlos, al punto de constituir la mayor proporción del gasto de los hogares, tal como ha sido reportado por otros estudios [36, 39].

El panorama descrito de desempleo, poca educación, bajos ingresos y cambios en la estructura familiar, son todos factores determinantes sociales de la salud física y mental que explican la mayor carga de enfermedad en la población desplazada, que se ve agravada por las restricciones en el acceso a servicios de salud y otros servicios sociales.

Esto encuentra argumentos en la percepción sobre la mala salud que es proporcionalmente mayor en la población desplazada que en la población receptora (28% vs. 19%) y que en este estudio fue más alta que lo reportado en la ENDS [42]; en la mayor incidencia de muertes violentas y de menores de un año (2,5% frente a 0,5%); en el menor uso de servicios por enfermedad crónica y aguda y, en el perfil de causas en el que los problemas de la salud mental, de la esfera sexual y reproductiva, la desnutrición y las enfermedades infecciosas son asuntos cuya magnitud es mayor en los desplazados [32, 34, 39].

Para ilustrar, en relación con la salud mental llama la atención que aunque los problemas psico-afectivos y emocionales son de referencia común entre los desplazados (más que en los receptores), pocas veces se traducen en demandas de atención lo que podría encontrar explicación en el modelo de salud que da mayor atención a las enfermedades físicas y a la curación, en detrimento de la prevención y promoción de la salud. Para el caso, los contenidos en materia de salud mental del plan obligatorio de salud para el primer

nivel son limitados para las dimensiones de las necesidades de la gente.

Dado que las malas condiciones de vida asociadas a la pobreza son a su vez determinantes importantes de la salud, los organismos encargados de ayudar a los desplazados deben enfocar sus esfuerzos en el desarrollo de capacidades para enfrentar los retos de la sociedad urbana y no sólo para atender las necesidades inmediatas de alimentos o de eventos agudos en salud. Esto implica que la atención de los desplazados no sea función exclusiva de la Secretaría de Salud en lo que a la prestación de servicios y la salud pública corresponde, sino también de los demás sectores sociales del distrito en el cumplimiento de los derechos de la población y en reconocimiento de su interdependencia.

Aunque la cobertura de la seguridad social en salud fue importante, los desplazados enfrentan dificultades para acceder al aseguramiento debido a su falta de inclusión en el registro oficial por razones de seguridad y por factores relacionados con los requisitos que perciben como excesivos, especialmente en personas que provienen de zonas rurales y que en una proporción importante no leen ni escriben adecuadamente. El exceso de trámites es una causa importante que explica el que alrededor del 35% de los desplazados no esté aún inscrito formalmente; cifra más alta en esta investigación que la referida en la encuesta ENADE [41] pero la mitad del 70% reportado por CICR-PMA [39]. Los trámites son también percibidos como una barrera importante para acceder a los servicios de salud.

No obstante las cifras muestran un incremento importante en el aseguramiento frente a la situación previa al desplazamiento (de 58% a 76%) en mucho explicada por un aumento de la afiliación al régimen subsidiado como población especial —lo cual es coherente con la

política de focalización y enfoque diferencial prevista para la población desplazada— tal mejora es significativa sólo en la población reconocida oficialmente. Así, mientras el porcentaje de población no asegurada que está en el SUR es del 19%, en la población no incluida en el registro es más del doble (41%) y, a la vez, la proporción de personas subsidiadas como población especial es 8 veces superior. Estos últimos datos coinciden con lo reportado por la encuesta de salud sexual y reproductiva en zonas marginales en la que los no afiliados eran el 40% y el porcentaje de afiliados subsidiados cerca del 50% [41].

La diferencia en afiliación entre desplazados y receptores no fue muy importante pero sí su distribución. Los asegurados contributivos eran solo el 5% en los desplazados frente al 23% en receptores, el 28% reportado por la encuesta de Profamilia en zonas marginales [38] y 56% ciento en la población general de Bogotá de la ENDS [42]. Es decir que frente a una población de por sí en desventaja, los receptores, el abismo que separa a los desplazados es grande.

Estas diferencias en la afiliación se reflejan en los indicadores de uso y calidad de los servicios. Las personas desplazadas con una enfermedad crónica o que tuvieron una enfermedad en el mes anterior a la encuesta consultaron los servicios curativos y preventivos con una frecuencia menor que los receptores. El uso disminuido de servicios preventivos podría estar relacionado con las barreras administrativas impuestas para evitar abusos en la atención, pero no se tiene en cuenta que estas aumentan la dificultad de la población más desprotegida para el acceso.

Estudios en otras ciudades también muestran que los desplazados utilizan menos los servicios aunque teóricamente tengan derecho a ellos. Para ilustrar, en el estudio OPS-Univer-

sidad de Antioquia [12] el 60% de mujeres desplazadas embarazadas había recibido atención prenatal mientras que entre la población receptora esa proporción era de 87% y, a su vez, sólo el 47% de los niños desplazados tenía carné de vacunación comparado con 60% entre los receptores. Estos indicadores son mejores en Bogotá pero la diferencia entre desplazados y receptores persiste.

Hay signos de inequidad en la atención de los desplazados en el pago por servicios. Aunque sólo el 5% de los receptores y el 3% de los desplazados pagó el valor total de la consulta la última vez que acudió a los servicios y el pago parcial fue casi el doble en los receptores (37,4%) que en los desplazados (19,3%), la relativa ventaja en el pago por consulta se reduce en el mayor monto pagado por medicamentos, hospitalización y servicios como la atención prenatal de primera vez en los desplazados.

Para hogares muy pobres como los de los desplazados, donde el 23% sobrevive con menos de 7.000 pesos diarios, cualquier erogación adicional por medicamentos o prestación de servicios se convierte en un gasto que atenta contra la seguridad financiera de los hogares, en una barrera para el acceso y amenaza con profundizar la pobreza. Entre las razones de no uso los desplazados refirieron la falta de dinero como una barrera en mayor proporción que los receptores. Adicionalmente, los hogares desplazados no incluidos en el SUR reportaron un gasto significativamente mayor en consulta, medicamentos y hospitalización. Esto puede tener su explicación en que con la falta de reconocimiento se pierden los beneficios del enfoque diferencial que en los servicios de salud implica la exención de co-pagos y cuotas moderadoras.

Uno de los indicadores más sensibles de la existencia de barreras para el uso de servicios preventivos son las coberturas de vacunación.



En el presente estudio no se encontraron diferencias importantes en el acceso a los servicios de vacunación entre las dos poblaciones pero sí entre diferentes sub-segmentos lo que sugiere barreras culturales. Para el caso, el hecho que la diferencia en coberturas sea mayor en hombres que en mujeres, sugiere que entre las familias encuestadas se está dando más valor a la protección de los varones, algo que no ha sido reportado en otros estudios de cobertura de vacunación en Colombia pero sí en naciones con alta jerarquización social como la India.

Por último, las barreras para el acceso y uso de servicios y las desigualdades señaladas en contra de la población desplazada tienen su corolario en los mecanismos normativos e institucionales que definen la ruta de atención que deben seguir las personas para realizar sus derechos, en particular el derecho a la asistencia sanitaria y los derechos a la vivienda, a la alimentación, el empleo y la participación, principales determinantes de su salud. La identificación de una ruta de salud permitió conocer los factores que del sector salud –y de la acción de otros sectores–, limitan tal realización y han sido señalados en numerosos estudios [12, 17, 33, 39].

En síntesis, los resultados presentados dan muestras de las consecuencias del desplazamiento para la vida y salud de la población afectada en términos del deterioro de sus circunstancias materiales, de condiciones desiguales frente a otras poblaciones pobres y vulnerables y de exclusión propiciada o agravada por las características de la respuesta oficial y coinciden ampliamente con lo reportado en otros estudios nacionales y locales.

Las condiciones de vida de los desplazados son peores que las de la población receptora y se deterioraron dramáticamente después del desplazamiento, y si bien comparten los riesgos de las áreas donde habitan en condi-

ciones de precariedad y pobreza, su situación es más crítica. Ambas poblaciones comparten el perfil epidemiológico. La diferencia es que para los desplazados algunas de estas enfermedades (sobre todo las psicoafectivas, mentales, infecciosas, alimentarias y los riesgos sexuales y reproductivos) aparecen con el desplazamiento y otras emergen y se agravan con él. Ahora están expuestos a otros factores de riesgo, son más vulnerables y más dependientes de los servicios médicos y la respuesta del sector salud a través del aseguramiento presenta barreras que limitan el acceso a la atención.

Todos estos factores configuran un panorama de inequidad, exclusión y desprotección que afectan la vida y bienestar de individuos, familias y comunidades e implican un reto para las políticas públicas en la definición de intervenciones que permitan dar respuesta a muchos de los problemas identificados a partir de una clara definición de enfoques, estrategias y métodos de evaluación. Estos hallazgos pretenden ser evidencias para apoyar la toma de decisiones en este sentido.

Referencias

1. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento CODHES. Huyendo de la guerra. En: CODHES Informa 2007; 72. Disponible en: www.codhes.org, 19/02/08.
2. Internal Displacement Monitoring Centre IDMC. Internal Displacement. Global Overview of Trends and Developments in 2007. Geneva, Norwegian Refugee Council, 2008; 11-13.
3. Agencia Presidencial para la Acción Social, Acción Social. Registro SUR a noviembre 30 de 2005. Disponible en: www.accionsocial.gov.co, 17/01/06.
4. CODHES. Monitoreo de población desplazada Sisdhes. Número de personas desplazadas por trimestres 1999-2005. Octubre 2005. Diponible en: www.CODHES.org, 13/12/05.
5. Departamento Nacional de Planeación DNP. Documento Conpes 3400. Metas y priorización de

- recursos presupuestales para atender a la población desplazada por la violencia en Colombia. Bogotá, noviembre 28 de 2005.
6. CODHES. La política del avestruz. En: CODHES Informa. Boletín informativo de la Consultoría para los Derechos Humanos y el desplazamiento 2005; 58.
 7. Breihl J. Introducción. En: Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003, 27-92.
 8. Castellanos PL. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. En: Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Pili M, Maset P y Navarro V, editores. Salud Pública. 1ra. ed. Madrid: McGrawHill-Interamericana; 1998, 81-102.
 9. Hernández A, Vega R. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia de intervención en atención primaria en salud y promoción de la salud para la población desplazada, pobre y vulnerable de la zona sur oriental de Cartagena. Revista Gerencia y Políticas de Salud 2003; (2)5, 78-106.
 10. Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud INS. Perfil epidemiológico de la población desplazada en el barrio Mandela de Cartagena. 2001. Descargado de: www.disaster-info.net/desplazados/especiales/mandela/index.htm, 12/11/04
 11. Mogollón A; Vásquez ML y García MM. Necesidades de salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. Revista Española de Salud Pública 2003; (77) 2, 257-266.
 12. OPS-Universidad de Antioquia. Comparación de la situación de salud entre población en situación de desplazamiento y población receptora en seis ciudades. 2002-2003. Serie Salud y Desplazamiento, Módulo 1. Bogotá; 2005.
 13. Vega R, Hernández A, otros. Mejorar la efectividad de las políticas de protección social en salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá, Colombia, 2004-2005. Convenio PUJ- SDS-FAMIG/IDRC-OPS. Informe de resultados Primera fase. Bogotá, marzo 2004.
 14. Holzmann R, Jorgensen S. Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Washington: Banco Mundial, Departamento de Protección Social, Red de Desarrollo Humano, 2000. Documento de trabajo No. 0006 sobre protección social [Citado en www.worldbank.org, 12/08/02].
 15. OPS-OMS. Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa conjunta de la OPS-OIT (26ª Conferencia Sanitaria Panamericana) Washington, septiembre 23-27 de 2002.
 16. González Lazo O, Guerrero Nino A. Innovando modelos de atención. La experiencia sanitaria de Cajamarca. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.
 17. Defensoría del Pueblo. Evaluación de la política pública en procesos de restablecimiento de la población desplazada desde un enfoque de derechos humanos. Bogotá, junio de 2003.
 18. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR/Defensoría Pueblo. Principios Rectores de los Desplazamientos Internos. Bogotá: marzo, 2003.
 19. Sen A. Social Exclusion: concept, application, and scrutiny. Social Development Papers, No. 1, Asian Development Bank, June 2000.
 20. Fraser N. Redistribución, reconocimiento y exclusión social. En: Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento Administrativo de Bienestar Social / Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Inclusión social y Nuevas Ciudadanías (Seminario Internacional – Memorias). Bogotá; 2003.
 21. Kabeer N. The Concept of Social Exclusion: What is its value-added for thinking about social policy? Paper prepared for the International Conference, Revisioning Social Policy for the 21th Century: what are the key challenges. Institute of Development Studies, University Sussex, 28-29th October, 1999.
 22. Young IM. Democracia y justicia social. En: Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento Administrativo de Bienestar Social / Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Inclusión social y Nuevas Ciudadanías (Seminario Internacional–Memorias). Bogotá; 2003.
 23. Hernández A; Eslava J; Ruiz F y otros. Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población del régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel III de Sisben de 14 localidades del distrito capital. Protocolo y principales hallazgos. Documento técnico ASS/691B.99. Bogotá, Convenio Universidad Javeriana – Secretaria Distrital de Salud, 1999.
 24. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. En: Investigaciones sobre servicios de salud. Una antología, Publicación Científica No. 534 OPS; 1990, 929-43.



25. Aday LA, Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. En: Investigaciones sobre servicios de salud. Una antología, Publicación Científica No. 534, OPS; 1990, 929-30.
26. Vera A, Villalón M. La triangulación entre métodos cuantitativos y cualitativos en el proceso de investigación. *Ciencia y Trabajo* 2005; 16, 85-87.
27. Olsen W. Triangulation in Social Research: Qualitative and Quantitative Methods can really be mixed. En: Holborn, O, Ed. *Developments in Sociology*. Causeway Press; 2004.
28. Arias MM. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación en Enfermería* 2000; (18)1 [Citado en: <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2000/Triangulación.html>, 21/04/05].
29. Naranjo C, Hernández A, Russi J. La visión de las administradoras del Régimen Subsidiado sobre los problemas del aseguramiento y las barreras para el acceso y uso de servicios de salud. Informe cualitativo de trabajo de campo. Proyecto Mejorar la efectividad de las políticas de protección social en salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá, Colombia, 2004-2006. Convenio PUJ-SDS-FAMIG/IDRC-OPS. Diciembre de 2005.
30. Jiménez G, Hernández A, Álvarez J, Russi J. Percepciones de los funcionarios del nivel asistencial y administrativo de los hospitales de la red pública de las localidades en estudio. Informe de trabajo de campo. Proyecto Mejorar la efectividad de las políticas de protección social en salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá, Colombia, 2004-2006. Convenio PUJ-SDS-FAMIG/IDRC-OPS. Noviembre de 2005.
31. Restrepo O. Percepciones de la población desplazada y receptora de las localidades de Rafael Uribe Uribe, Usme y Suba sobre las circunstancias del desplazamiento, los problemas de salud, sus riesgos y determinantes y las barreras para el acceso y uso de servicios de salud. Informe cualitativo de trabajo de campo. Proyecto Mejorar la efectividad de las políticas de protección social en salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá, Colombia, 2004-2006. Convenio PUJ-SDS-FAMIG/IDRC-OPS. Octubre 2005.
32. Conversa L, Álvarez J. Percepciones de la población desplazada de las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa y Kennedy sobre las circunstancias del desplazamiento, los problemas de salud, sus riesgos y determinantes y las barreras para el acceso y uso de servicios de salud. Informe cualitativo de trabajo de campo. Proyecto Mejorar la efectividad de las políticas de protección social en salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá, Colombia, 2004-2006. Convenio PUJ-SDS-FAMIG/IDRC-OPS. Octubre 2005.
33. Hernández A, Álvarez J. La ruta de acceso a servicios de salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia en Bogotá. Proyecto Mejorar la efectividad de las políticas de protección social en salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá, Colombia, 2004-2006. Convenio PUJ-SDS-FAMIG/IDRC-OPS. Octubre 2005.
34. Gutiérrez ML. La visión de los representantes de las organizaciones de desplazados sobre los problemas de salud, sus riesgos y determinantes y las barreras para el acceso y uso de servicios de salud. Informe cualitativo de trabajo de campo. Proyecto Mejorar la efectividad de las políticas de protección social en salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia asentada en Bogotá, Colombia, 2004-2006. Convenio PUJ-SDS-FAMIG/IDRC-OPS. Octubre 2005.
35. Organización Internacional para las Migraciones OIM. Diagnóstico sobre la población desplazada en seis departamentos de Colombia 2001. Bogotá: OIM-Misión en Colombia, 2002.
36. Programa Mundial de Alimentos PMA. Vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria de la población desplazada por la violencia en Colombia. Bogotá: WFP-PMA, 2003.
37. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Censo Nacional de Población. [Citado en: www.dane.gov.co, 26/10/07].
38. Ojeda G y Murad R. Salud sexual y reproductiva en zonas marginales. Situación de las mujeres desplazadas 2005. Bogotá: Profamilia-USAID, 2005.
39. Comité Internacional de la Cruz Roja CICR-Programa Mundial de Alimentos PMA. Una mirada a la población desplazada en ocho ciudades de Colombia: respuesta institucional local, condiciones de vida y recomendaciones para su atención. Resumen ejecutivo ocho ciudades. Bogotá, CICR; 2007.
40. Martínez R, Holguín I, otros. El desplazamiento en Bogotá. Una realidad que clama atención. Colección estudios y políticas sociales 2004; 3.
41. Red de Solidaridad Social RSS-CODHES. Encuesta Nacional de Desplazados ENADE. Bogotá, 2003.



42. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS. Bogotá: Profamilia, 2005.
43. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2003. Presentación de resultados (ppt). Bogotá 2003 [Citado en: www.dane.gov.co, 12/03/05].

