

Características de la población desplazada

QUE INCIDEN EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD*

Amparo Susana Mogollón Pérez • María Luisa Vázquez Navarrete

Fecha de recepción: 31-10-06. Fecha de aceptación: 14-11-06

Resumen

El conflicto armado en Colombia provoca el desplazamiento de miles de personas que sufren repercusiones económicas, sociales y de salud. A pesar de los esfuerzos normativos, enfrentan problemas de acceso a la atención en salud. Con el objetivo de analizar las características de la población desplazada que influyen en el acceso a los servicios de salud, se desarrolló un estudio cualitativo, descriptivo, de tipo exploratorio, utilizando entrevistas individuales semi-estructuradas. Se entrevistó una muestra teórica de 81 actores sociales. Efectuándose un análisis narrativo de contenido con generación mixta de categorías y segmentación de datos por temas e informantes. Las dificultades económicas, la escasa información y los problemas para acreditar su condición, limitan el acceso a los servicios y la atención oportuna de sus múltiples problemas de salud. Se requiere una respuesta estatal efectiva que permita su estabilización socioeconómica en el largo plazo y la defensa de su derecho a la salud.

Palabras clave: poblaciones vulnerables, poblaciones desplazadas, violencia, acceso a los servicios de salud, investigación cualitativa, Colombia.

Abstract

In Colombia, the armed conflict causes displacement of thousands of persons that suffer from its economic, social and health consequences. In spite the Government regulatory efforts they still face important problems getting access to health care. In order to analyse displaced population characteristics that affect their access to health care, a qualitative, exploratory and descriptive study was carried out by means of semi-structured individual interviews to a criterion sample of 81 main social actors. A narrative analysis of the contents was conducted, with mixed generation of categories and segmentation of data by themes and informants. The precarious economic situation, limited information and problems for the official accreditation of their condition as displaced persons limit their access to health care and the attention to their health problems. An effective governmental answer is required in order to guarantee their socioeconomic stabilization in the long term and the defense of their health right.

Key words: vulnerable populations, internally displaced population, violence, access to health care, qualitative research, Colombia.

* Trabajo presentado en el 1er. Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana, Asociación de Facultades de Salud Pública, Bogotá, octubre de 2006. Analiza resultados parciales del proyecto de investigación denominado "Evaluación de las condiciones de acceso de la población desplazada a las ESE de primer nivel de la ciudad de Bogotá", que se llevó a cabo entre marzo de 2003 y diciembre de 2004. Para el desarrollo del proyecto se contó con el apoyo de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano de la Universidad del Rosario.



Introducción

En las últimas décadas, Colombia ha sufrido múltiples acciones de violencia debidas, en gran medida a las desigualdades sociales existentes, la influencia del narcotráfico en la vida social y política del país, así como a las acciones indiscriminadas contra la sociedad civil que han cometido diversos grupos armados (Guerrero, 1996; Cubides y cols., 1998; Franco, 1999; Sánchez y Agudelo, 2000). Esta situación ha provocado la muerte de miles de colombianos, así como el desplazamiento interno de 3.662.842 personas (Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, 2005), con consecuencias económicas, sociales y políticas para la población afectada y para el país en general. Debido al continuo agravamiento del clima sociopolítico, gran parte de la población desplazada no encuentra las condiciones mínimas que permitan su regreso o su estabilización económica, y suelen terminar engrosando los cinturones de miseria de los núcleos urbanos del país (Organización Internacional para las Migraciones, 2001; Cáceres y cols., 2002). La calidad de vida de esta población empeora en los nuevos lugares de asentamiento y también su estado de salud. De tal manera, sus integrantes desarrollan problemas inherentes a su condición de desplazamiento —alteraciones en la salud mental, trastornos derivados de la alimentación y pérdida de la estabilidad psicosocial— (Summerfield, 2000; Programa Mundial de Alimentos, 2001; Mogollón y cols., 2003; Porter y Haslam, 2005), pero también, inherentes a sus precarias condiciones de vida —problemas infecciosos, parasitosis intestinal, dolor generalizado y afecciones cardiovasculares— (Morales y Torres, 1998; Cáceres y cols., 2001; Organización Panamericana de la Salud y Universidad de Antioquia, 2002; Organización Panamericana de la Salud e Instituto Nacional de Salud, 2002; Organización Panamericana de la Salud y Universidad Industrial de Santander, 2003).

En el marco normativo que el gobierno ha desarrollado para la atención a la población desplazada, se contempla de forma específica la atención en salud. Aunque las políticas relacionadas con el tema establecen la necesidad de mejorar la afiliación de esta población al Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss), no se ha logrado una mejora del acceso efectivo a los servicios de salud. Hernández y Vega (2003) y González (2002) identifican dificultades de acceso derivadas de problemas de diversa índole: cobertura del sistema, factores inherentes a las instituciones y situaciones individuales o familiares de los usuarios. Al respecto se desarrolló un estudio basado en el modelo de Aday y Andersen (1993) y Andersen (1995), quienes proponen la evaluación del acceso potencial y real a los servicios de salud, partiendo de las políticas y teniendo en cuenta tanto las características de la oferta, como las de los usuarios de los servicios. El objetivo del artículo es analizar la visión de distintos actores sociales involucrados, teniendo en cuenta las características de la población en condición de desplazamiento que inciden en el acceso a los servicios de salud, con el fin de identificar elementos de mejora en el mismo.

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo de tipo exploratorio, utilizando la entrevista individual semi-estructurada como técnica de recolección de datos. El área de estudio estuvo constituida por tres localidades de Bogotá: Rafael Uribe Uribe, Ciudad Bolívar y Bosa, con un número aproximado de 1.519.562 habitantes (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007). Algunos barrios de estas localidades sufren amplios déficits en los servicios públicos, debido en gran medida a la proliferación de construcciones ilegales

y zonas de tugurios, y se han convertido en zona de confluencia de población con altos índices de pobreza, entre ella la población en condición de desplazamiento.

Técnicas de recolección de datos

Se utilizaron entrevistas individuales semi-estructuradas, las cuales se caracterizan porque el investigador aborda los temas siguiendo el curso de la conversación, decide cómo y cuándo formular las preguntas en función de las respuestas y profundiza en cada respuesta (Marshall y Rossman, 1990; Valles, 2000; Mogollón y Vázquez, 2006b). La guía de entrevista, con una parte común y otra específica para cada grupo de informantes, exploraba las opiniones sobre el conocimiento de la población en condición de desplazamiento sobre la política de atención en salud, los recursos disponibles para tal fin, las características de los usuarios, sus principales necesidades de atención, y los motivos de utilización de los servicios de salud. Las entrevistas —de sesenta (60) a noventa (90) minutos de duración— fueron grabadas, transcritas textualmente y complementadas con notas de una observadora.

Muestra

Como toda muestra cualitativa es de carácter intencional, razonada y secuencial (Fernández de Sanmamed, 2006). Se diseñó una muestra teórica, es decir, basada en el constructo teórico que acompaña al cuerpo del estudio y a partir del cual se definen las tipologías o perfiles de las unidades de muestreo (Fernández de Sanmamed, 2006; Miles y Huberman, 1994, Taylor y Bogdan, 1998), en dos etapas. En la primera, se seleccionaron las instituciones prestadoras de servicios de salud, aplicando los criterios de carácter público —Empresas Sociales del Estado (ESE)—, primer nivel de atención, adscritas

a la red de la Secretaría de Salud de Bogotá y localizadas en zonas de amplia recepción de población desplazada. En la segunda, se seleccionaron los informantes a partir de la definición de grupos de actores que podían tener discursos diferentes y relevantes sobre el tema de investigación —gestores, trabajadores de las ESE y usuarios—. Se consideró como gestores a las personas que coordinaban áreas o instituciones con competencias en el desarrollo de programas de atención en salud para la población desplazada; trabajadores de las ESE (profesionales de la salud y personal administrativo) que brindaban atención habitual a la población desplazada. Como usuarios de los servicios, fueron consideradas las personas en condición de desplazamiento que habían utilizado las ESE de primer nivel de atención, se encontraban en fase de transición en el desplazamiento y habían elegido a Bogotá como lugar de asentamiento. En la selección de los usuarios se buscó una muestra de variación máxima (Miles y Huberman, 1994), de ambos sexos y todos los grupos de edad.

Se identificaron los gestores de las instituciones o programas de atención a población desplazada, y los trabajadores de las ESE, por medio de cartas dirigida a las instituciones seleccionadas, solicitando el nombre y confirmación de los cargos. La identificación de la población en condición de desplazamiento se realizó con base en los datos proporcionados por los registros de las ESE. A partir de los primeros contactos se utilizó la técnica de *bola de nieve o muestreo nominado*, es decir, que los primeros informantes contribuyeron al contacto y ubicación de otros (Galindo, 1998). A todos los informantes se les invitó a participar en el curso de visitas personalizadas en la que se presentaron los objetivos de la investigación, se solicitó su consentimiento para participar en el estudio y se acordaron lugares y fechas para las entrevistas. Se entrevistó a los gestores y trabajadores de



las ESE en sus lugares de trabajo y a la población en condición de desplazamiento en sus viviendas.

El tamaño final de la muestra fue de 81 informantes: gestores (10); profesionales de la salud (25), personal administrativo (18) y usuarios en condición de desplazamiento, hombres y mujeres entre 18 y 74 años (28). Se definió por saturación, es decir, se interrumpieron las entrevistas cuando se constató que no aportaban datos nuevos sobre los objetivos del estudio (Patton, 1990).

Análisis de los datos

Se realizó un análisis narrativo del contenido, que consiste “en la descripción objetiva y sistemática del contenido manifiesto de las comunicaciones de cualquier tipo” (Balcels, 1994); y que se sustenta en el análisis del contenido según las bases teóricas de la escuela crítica, el posmodernismo y el constructivismo (Ruiz, 1999). La unidad de análisis la constituyeron los diversos tipos de informantes. Se segmentaron los datos manualmente, según grupos de informantes y temas; se leyeron los contenidos de cada entrevista, identificándose los fragmentos significativos para determinar los fenómenos reflejados y su significado dentro del texto; se hicieron anotaciones de los contenidos, estableciendo para ello un código descriptivo, es decir, atribuyendo un contenido a cada segmento del texto señalado; se desarrollaron las categorías de análisis de forma mixta, a partir de los guiones utilizados y de los temas emergentes de las entrevistas. A continuación se desarrolló un proceso de clasificación de los contenidos de cada entrevista, agrupándose los fragmentos que presentaban algún tipo de similitud, primero por categorías y después por subcategorías. En una segunda etapa del análisis, se hizo la comparación de resultados por grupos de

informantes, estableciendo las principales semejanzas o diferencias. Los resultados se presentan de acuerdo con las principales dimensiones analizadas, indicando las semejanzas y diferencias entre grupos de informantes. La coincidencia o divergencia de opiniones se señala mediante expresiones como gran parte, todo/as, la mayoría, poco/as, alguno/as, un/a. El anonimato de los informantes se garantiza utilizando un código alfanumérico que indica la procedencia de los datos según grupo —gestores (G), personal administrativo (PA), profesionales de la salud (PS), personas en condición de desplazamiento (D)— e informante.

Calidad del estudio

Para asegurar la calidad de los resultados se emplearon diversas estrategias: en las entrevistas participaron una entrevistadora y una observadora; se contrastaron los resultados con los informantes; se trianguló la información (Patton, 1990) mediante comparaciones entre los distintos grupos de informantes, la utilización de diferentes fuentes, y la intervención de dos investigadoras en el análisis.

Resultados

Los resultados describen las características de la población en condición de desplazamiento que inciden sobre el acceso y uso de los servicios de salud. Junto a las precarias condiciones económicas, que emergen en la mayoría de los relatos como el principal problema para acceder a los servicios de salud, se identificaron otras dificultades relacionadas con el bajo nivel de información, la necesidad de reconocimiento de la condición de desplazado, la integración social en su nuevo entorno inmediato, problemas de salud de diversa índole y su actitud frente a su situación.

Las precarias condiciones socioeconómicas de la población desplazada

La difícil situación económica de la población en condición de desplazamiento se constituye, en opinión de la mayoría de los entrevistados, en la principal limitante para el acceso a los servicios de salud. Una vez asentados en la ciudad estos grupos cuentan con escasos recursos económicos, debido en gran medida a la pérdida de sus bienes de subsistencia y a los problemas para la generación de nuevos ingresos: “es una gente que tiene una precariedad absoluta que les impide acceder a un servicio...entonces le queda a uno el interrogante, ¿qué están haciendo para solucionar sus problemas de salud?, no sabemos, pero la condición fundamental para acceder a los servicios de salud, es económica” (G4). Los entrevistados coinciden en considerar que estas dificultades económicas les impiden acceder a los esquemas terapéuticos que les son prescritos, les imposibilita el pago del transporte hasta las ESE, el pago de las cuotas moderadoras, la adquisición de los medicamentos (en aquellos casos en que no les son proporcionados por las instituciones) e incluso conseguir los documentos que son requeridos para su atención: “hay desplazados en nivel 1 y 2 de pobreza, que no tienen para el médico, ni para una leche, ni para una consulta” (G7). Según los profesionales de la salud, la condición económica obstaculiza más el acceso a la atención en salud en el caso de la mujer. Cuando esta última debe asumir la jefatura del hogar y garantizar el sostenimiento de su familia, o cuando es responsable del cuidado de terceras personas, relega a un segundo plano sus propias necesidades de atención en salud: “hay muchos hogares a los que les han matado a los cabezas de familia que son los hombres. Generalmente llega es la mujer con los niños, lo que les complica un poco más

su situación en la ciudad, generalmente sus ingresos son menores, por ello la posibilidad de acceder a la salud es más complicada” (PS 14).

El bajo nivel educativo de la población desplazada es, en opinión de gran parte de los entrevistados, un importante factor que incide en el acceso a los servicios de salud, ya que les dificulta identificar recursos y alternativas de solución para sus principales necesidades de atención en salud: “la población desplazada la mayoría somos campesinos que no aprendimos ni siquiera a firmar, a leer y a escribir, y eso nos acarrea muchas dificultades, para todo... no sabemos ni siquiera a donde ir a pedir ayuda” (D6); además, esta falencia impide el desarrollo de nuevas dinámicas para la adaptación a la ciudad: “acá nos llegan desplazados que a duras penas saben leer y escribir, muy privados ambientalmente y para ellos es más difícil adaptarse a la vida de la ciudad” (G7); así mismo, se hace difícil entender el funcionamiento y dinámica del SGSSS: “la mayoría de la población no sabemos que son las ARS porque venimos del campo, bueno la mayoría no conocemos éste tipo de entidades, las ARS o las IPS, eso nos confunde” (D10).

Información limitada sobre los servicios de salud

En relación con el conocimiento que tiene la población en condición de desplazamiento, sobre los servicios de atención en salud, emergieron dos posiciones contrapuestas. La mayoría identificaba dificultades en la utilización de tales servicios, debido a un bajo nivel de información, al que se atribuían causas diversas. En cambio, algunos entrevistados consideraban adecuado dicho conocimiento.



La mayor parte de los relatos describe el escaso conocimiento de la población desplazada de los servicios que ofrecen las ESE, así como de sus derechos y deberes en salud: “como un 10 o un 20% de los usuarios tienen conocimiento de los derechos que pueden tener en salud” (PA 8); “el desplazado no está bien informado, no tiene clara la ruta de acceso a los servicios y eso pone en dificultades al usuario y a las instituciones” (G6); “nosotros no sabíamos que hubieran leyes para los desplazados, ni cómo nos pueden servir para la salud” (D18).

La mayoría de los entrevistados en condición de desplazamiento, y algunos miembros del área administrativa, atribuían este desconocimiento diversos factores: un limitado acceso a los servicios de salud en sus lugares de origen —“generalmente son personas que vienen del campo, que tienen poco acceso a la salud y pues vienen acá a una ciudad muy grande, con muchos hospitales, pero la verdad que es muy poca la información que tienen” (PS 1)—; la falta de motivación para la búsqueda de la información —“yo no he hecho el ánimo de informarme de qué leyes existen o de ir cuando hablan de todo eso”— (D7); la desorientación que genera una nueva vida en la ciudad que les impide efectuar una búsqueda acertada de información —“uno cuando llega a Bogotá, queda muy desorientado y no tiene una ni idea de a dónde ir, ni a quien pedirle ayuda, ni quien conozca de los planes del gobierno para con nosotros”(D16)—; las precarias condiciones de vida en la ciudad que les imposibilita asumir los costos de transporte para la búsqueda de información —“yo se que a veces programan actividades para contarnos de las nuevas leyes, pero si no tengo plata para una consulta mucho menos para pagar los pasajes e irme a enterar de que hay de nuevo para nosotros”(D26); y, en ocasiones, a la inadecuada información que proporcionan algunos funcionarios u otros

colectivos cuando llegan a la ciudad: “muchos les dicen váyanse para tal institución que allá los tienen que atender, pero no les explican si fueron aceptados o no, ni en que condiciones se les puede atender” (PA 11).

Sólo algunos gestores y miembros del personal administrativo consideran que las personas en condición de desplazamiento, como producto de las asesorías que reciben en las diversas instituciones, disponen de un adecuado conocimiento del funcionamiento del sgss, que les permite identificar fácilmente sus derechos como usuarios y los mecanismos para acceder a los servicios de salud: “ellos saben más que uno, ellos ya saben a que tienen derecho y a que no. Entonces cuando llegan acá, ellos saben que tienen que pelear por sus derechos” (G2). De esta manera, se relaciona el nivel de información que tienen las personas desplazadas con el tiempo de asentamiento en la ciudad; se considera, en consecuencia, que a mayor tiempo se produce una mejor apropiación de los servicios ofrecidos por las ESE y de los mecanismos para acceder: “los desplazados que tienen uno o dos años de estar en la ciudad, ya saben porque ya han accedido más al servicio, tienen un mejor conocimiento de todos los procesos” (PA6). En cambio, la población en condición de desplazamiento que manifestó conocer el alcance de las políticas en salud y sus derechos para la atención, lo atribuyeron a su interés por interactuar con otros desplazados y compartir sus experiencias de atención: “entre nosotros mismos como desplazados, nos ha tocado divulgar esas normas, uno se cuenta generalmente sus experiencias” (D16).

Dificultades para el reconocimiento de su condición de desplazados

En opinión de algunos entrevistados, la exigencia del reconocimiento de la condición de desplazado por parte de las instancias guber-

namentales, que requiere la declaración de los hechos y presentación de documentos, es un factor que limita el acceso a los servicios de salud. Según sus relatos, muchas de las personas en esta situación no declaran su condición ante las instancias gubernamentales y se mantienen en el anonimato por causas diversas, entre las que cabe resaltar las amenazas que reciben a sus vidas o la de sus familias, y el temor o vergüenza a ser reconocidos como desplazados y ser estigmatizados por su condición: “muchas personas por miedo, por temor de pronto a ser descubiertos, no se acercan a un ministerio público a declarar su condición y muchas de esas personas se nos están quedando sin atención... yo creo que un cuarenta por ciento de los desplazados que llegan a Bogotá no declara su condición” (G8).

Según los gestores y prestadores de servicios, muchos desplazados carecen de documentos, bien porque hubieron de abandonar de forma súbita sus lugares de residencia, bien porque nunca los habían obtenido. Esta carencia de documentación no sólo dificulta el reconocimiento de la condición de desplazado, sino también la contrastación de la información para determinar el tipo de aseguramiento dentro del SGSSS y el posterior uso de los servicios de salud: “nos llegan usuarios sin identificación, algunos, porque al huir perdieron sus documentos y otros porque nunca los habían sacado y eso retarda la prestación del servicio” (G3).

Dificultades para la integración social

La mayor parte de los gestores y personal administrativo hizo referencia a los problemas de integración de la población desplazada con su entorno social: las propias condiciones de marginalidad de la población receptora y el rechazo social a su condición.

Algunos entrevistados consideran difícil que la población en situación de desplazamiento establezca acciones de colaboración con la población residente, porque suelen habitar localidades donde la mayoría de sus residentes viven en condiciones socioeconómicas precarias y enfrentan necesidades similares sin resolver: “desafortunadamente la mayoría de los desplazados se ubican en zonas muy marginales de la ciudad, en donde la situación económica y social de los otros habitantes es básicamente la misma de ellos y en esas condiciones es muy difícil que se puedan prestar ayuda” (G5). No obstante, consideran que la circunstancia que más dificulta la integración de éste colectivo a su nuevo entorno es el rechazo social que genera la condición de desplazado, ya sea porque se considera que disfrutaban de mayores beneficios sociales en relación con los pobres históricos que residen en las localidades, o porque se les asocia con población potencialmente peligrosa: “normalmente cuando hay un desplazamiento, ese desplazado se ve como un invasor que llega a ocupar los predios y a ocupar los espacios y a hacer uso de los servicios y a demandar unas respuestas de los municipios, muchos de los cuales, esa administración municipal no ha estado en condición de proveérselas a sus ciudadanos comunes y corrientes, a los que llamamos los pobres históricos. Cuando eso sucede entonces viene el rechazo” (G6), “la gente de la localidad le tiene mucho recelo a la población desplazada y poco les colabora, porque los asocia a veces con grupos armados” (PA 18).

Sólo uno de los entrevistados destacó el papel que han cumplido las comunidades receptoras, al favorecer la asistencia de la población desplazada a las ESE de su localidad “aquí la comunidad es muy comunicativa, es muy solidaria de una persona a otra. Yo me he dado cuenta con compañeras que están en el extramural, que les dicen, “por favor

atiendan a éste paciente que es desplazado” (PA 1).

Múltiples necesidades de atención en salud

Entre los entrevistados existe consenso en asociar el precario nivel de vida de la población desplazada en la ciudad, con un amplio número de necesidades básicas sin satisfacer, entre ellas la alimentación y el cuidado de la salud: “el ingreso de los desplazados es muy bajo, luego en esas condiciones, tienen que optar por solucionar una de sus necesidades más apremiantes como es la alimentación. Las otras necesidades muchas veces pasan a un segundo plano” (G4); “la población desplazada tiene muchos problemas acá en la ciudad, casi siempre viven hacinados, son familia numerosas que se les dificulta hasta darles de comer a sus hijos, entonces imagínese las dificultades para la salud” (PA 12); “uno se desespera de que no haya que comer, no hay para pagarle estudio a los hijos, ni mucho menos para la salud” (D18).

Para la gran mayoría de gestores y prestadores de servicios, la pobreza unida a los problemas de saneamiento básico convierte a la población en situación de desplazamiento en susceptible de adquirir enfermedades infecciosas que afectan a todos los grupos etáreos, pero de manera primordial a la población infantil: “tenemos un problema de saneamiento básico que está muy relacionado con el problema de las enfermedades infecciosas en ésta población” (G6); “acá uno evidencia muchos problemas de carácter infeccioso, pues estos son grupos poblacionales que en su gran mayoría llegan a asentarse en sitios de alto riesgo físico, con condiciones de saneamiento básico muy precarias y que difícilmente uno podría esperar un mejoramiento de las condiciones de salud” (G7).

Los entrevistados coinciden en destacar como problema la desnutrición, derivada de la baja ingesta alimenticia, que a su vez favorece el desarrollo de patologías de diversa índole, como el parto prematuro y problemas de desarrollo psicomotriz en los niños: “se ve mucha desnutrición y a raíz de esta desnutrición entonces se presentan los problemas bronquiales, y en embarazadas que han venido, se ve la amenaza de parto prematuro” (G5); “acá llegan desplazaditos con muy baja talla y con problemas psicomotores como consecuencia de la desnutrición” (G1); “a mi me preocupan los niños, porque ellos están muy bajitos de peso, me gustaría que me los miraran para eso, porque permanentemente se la viven enfermos” (D25).

En relación con los adolescentes, los gestores y el personal administrativo mencionan los embarazos tempranos asociados al bajo conocimiento de medidas de salud sexual y reproductiva por parte de las jóvenes: “en las adolescentes muchos embarazos. Porque llegaban unas niñas cabeza de familia adolescentes con 2 o 3 niños y embarazadas” (G10); “es frecuente encontrar muchas jovencitas desplazadas que ya están embarazadas y que no habían tenido ningún tipo de control” (PA 14). De la población adulta se describió la presencia de enfermedades crónicas, entre ellas la hipertensión arterial: “tenemos muchas enfermedades crónicas sin control, muchos viejitos hipertensos” (G 3).

Finalmente, como consecuencia de las circunstancias vividas durante el desplazamiento y su posterior asentamiento en la ciudad, profesionales de la salud y usuarios consideran que la población en condición de desplazamiento sufre un alto compromiso de su salud mental, que repercute en sus dinámicas de integración social: “esas personas tienen mucho mas daño psicológico que cualquier otra cosa” (PS 20); “es imposible

solicitarle a un desplazado que se integre a la sociedad cuando no cuenta con las condiciones idóneas para ello, y cuando su estabilidad emocional se encuentra tan comprometida” (PS 16). En situaciones de estrés se manifiesta depresión, angustia y cambios en el comportamiento, que afectan tanto a la población adulta como a la infantil, lo que desde la perspectiva de los entrevistados amerita el diseño de acciones para su manejo: “uno de los problemas frecuentes en los niños y jóvenes son los cambios comportamentales y los problemas de aprendizaje, que muchas veces los asumen como deserción escolar por otras causas y no como consecuencia directa del desplazamiento” (PS 16); “en los adultos se reporta muchísimo los problemas de salud mental, son frecuentes las depresiones, la angustia” (PS 5); “uno a veces está decaído o sea con la autoestima baja, con la moral por el suelo, que ya no quiere hacer nada, uno mismo a veces no sabe que hacer...yo creo que la parte psicológica es fundamental para la atención al desplazado” (D6).

Utilización de los servicios de salud

Aunque con algunas coincidencias se destacan las diferencias de opinión entre los grupos de entrevistados, en relación con los motivos de utilización de los servicios de salud por parte de la población en condición de desplazamiento.

Para gran parte de los entrevistados, las personas en condición de desplazamiento consultan a las ESE con propósitos curativos y sólo en aquellos casos en que sufren problemas que, en su opinión, ameritan la atención por parte de los servicios de salud: “ellos no recurren al médico a excepción de que ya realmente estén completamente enfermos” (PS 12); “yo creo que se debe ir, cuando en realidad de verdad uno está enfermo, cuando lo hago es porque ya no puedo más... porque para qué voy an-

tes?” (D17). Algunos profesionales de la salud consideran que los usuarios consultan cuando han agotado, sin resultados satisfactorios, todos los recursos de que disponen para dar respuesta a sus problemas: “cuando sienten que de pronto todo lo que han hecho nos les ha servido, deciden consultar a los centros de salud” (PS 12); “muchas veces tienden más a hacer el remedio casero o llevarlo a la droguería antes de traer el niño, pues muchas veces cuando llegan, llegan en estados bastantes complicados” (PS 14). Otros lo atribuyen a un escaso contacto previo con las instituciones de salud, cuando los desplazados provienen de zonas rurales: “si vienen de un sitio que no es tan rural, entonces el acceso a los servicios de salud es más notorio y hay más asistencia a los servicios de salud que cuando es una población eminentemente de tipo rural, ya que ellos acuden a otras partes que no es el centro de salud” (PS 23); “son personas que en general no habían tenido contacto con los servicios de salud así que sólo asisten cuando se sienten enfermos” (G6). Sin embargo, los usuarios en condición de desplazamiento expresan como motivo para no utilizar los servicios de salud, la existencia de diversas barreras: las dificultades de índole económico para acceder —“por el mismo factor económico, la gente no tiene como pagar un bus, o para ir al médico y prefieren quedarse en la casa haciendo sus remedios caseros” (D8)—; las experiencias negativas en relación a la obtención de medicamentos —“nos decepcionamos tanto de que no hubiera la droga en esa parte, que prácticamente no asistimos a salud y por eso nosotros preferimos a veces los remedios caseros” (D9); y por último, el carecer de afiliación al SGSS: “como yo se que difícilmente me van a atender, pues yo mejor me rebusco y compro las gotas y así pierdo menos tiempo y sufro menos, porque eso es lo que nos pasa a los que no tenemos el carné de afiliación” (D17).



La divergencia de opiniones también se presentó en relación con los servicios preventivos. En este sentido, los profesionales de la salud destacan que la población desplazada no asiste a los programas preventivos: “a urgencias es a lo que más asisten, es decir no están utilizando bien los servicios de promoción y prevención” (PS 22); los consideran poco receptivos a las acciones de promoción y prevención que desarrollan las ESE de primer nivel, atribuyendo tal actitud a la influencia de las creencias populares y a los estilos de vida que han tenido en sus lugares de origen: “muchas veces tienden más a hacer el remedio casero o llevarlo a la droguería antes de traer el niño, pues muchas veces cuando llegan, llegan en estados bastantes complicados” (PS 14); “a ellos no les gusta que uno les haga promoción y prevención” (PS 9); “ellos no ven la importancia de los programas educativos” (PS 10). En cambio, algunos entrevistados en condición de desplazamiento expresaron espontáneamente su interés en asistir a actividades de promoción y prevención desarrolladas por las instituciones, como las relacionadas con la planificación familiar y el control de crecimiento y desarrollo de los niños: “yo procuro asistir a las charlas en donde nos enseñan a como prevenir enfermedades, todo eso de planificación familiar. Eso en realidad es muy importante, porque uno por allá, casi no tenía conocimiento de esas cosas” (D13); “yo he llevado al niño, para los controles en el programa del niño sano y allá le van orientando a uno en todo lo relacionado con el crecimiento” (D14).

Actitudes hacia los prestadores de servicios de salud

Gestores y prestadores de servicios describen dos tipos de usuarios en su interacción con los servicios: conflictivo o generador de problemas, y pasivo o introvertido. En opinión de la gran mayoría de los gestores y

del personal administrativo, entre los desplazados se encuentran sujetos con una actitud conflictiva, que replican acciones de violencia, e influyen de manera negativa en su interacción con los prestadores de servicios. En general, esta situación es atribuida a las difíciles experiencias que estas personas han vivido: la violencia en sus lugares de origen, los problemas de adaptación a la ciudad, las dificultades para la reivindicación de sus derechos y un alto nivel de resentimiento social: “no sé si será por su cuestión social o su resentimiento con la sociedad son como muy violentos” (PA15). No obstante, algunos entrevistados consideran que las actitudes agresivas hacia los prestadores de servicios se producían con mayor frecuencia en aquellos usuarios que sentían vulnerado su derecho a la salud: “tratan de ser agresivos con los funcionarios porque se les ha negado un poco el servicio” (PA6); “normalmente el desplazado es una persona a la que se le han negado los servicios durante mucho tiempo, entonces muchos siempre están a la defensiva” (G6).

Por otra parte, algunos prestadores de servicios describen al desplazado como una persona pasiva, introvertida y resignada con la atención que puedan ofrecerle las instituciones de salud: “para la población lo que le importa es que la atendamos, les decimos no hay camas, que les toca en una silla y le dicen a uno ‘bueno lo importante es que me atiendan’” (PS 10).

Discusión

Las dificultades económicas del desplazado en la ciudad, derivadas de la pérdida de los bienes de subsistencia y de la dificultad para la generación de ingresos, se constituyen en el principal factor que limita la satisfacción de sus necesidades básicas, incluyendo el acceso a la atención en salud. Este resultado

coincide con otros estudios los cuales reflejan que precisamente durante la fase de transición se incrementan las dificultades, debido al cese de las ayudas humanitarias ofrecidas por el Estado y, por tanto, a la necesidad de generar una subsistencia independiente (González, 2002; Secretariado Nacional de Pastoral Social, 2003). Las limitaciones económicas son aun mayores cuando la jefatura del hogar recae en la mujer, debido a su menor reconocimiento económico cuando logra vincularse a una actividad laboral (Secretariado Nacional de Pastoral Social, 2003; Mogollón y Vázquez, 2006a). Por ello, podría esperarse una mayor dificultad para el acceso oportuno a los servicios de salud, entre los hogares con jefatura femenina.

La vulnerabilidad de la población desplazada, en cuanto a la satisfacción de las necesidades básicas, es mayor que en otros colectivos de similares características socioeconómicas, debido a las escasas oportunidades en la búsqueda de empleo, asociadas éstas con su bajo nivel de formación académica y, principalmente, con las dificultades producto del establecimiento de una nueva vida en la ciudad (Organización Panamericana de la Salud y Universidad de Antioquia, 2002). La concurrencia de diversos problemas apremiantes —vivienda idónea, garantizar una alimentación que cumpla con los requerimientos mínimos y la educación de los hijos— obliga a la población desplazada a priorizar las necesidades más urgentes; de allí que las exigencias de pago de las consultas, la compra de medicamentos, el pago del transporte para acceder a las ESE, se conviertan en importantes barreras para el acceso a los servicios, como lo son para otros grupos poblacionales de similares condiciones de vida (Grupo de Economía de la Salud, 2001; Céspedes y cols., 2000; Paredes, 2003), pero que en el caso de esta población contribuyen a agravar aún más su situación.

El bajo nivel de información sobre sus derechos y deberes en salud, y el desconocimiento relativo de las políticas diseñadas para su atención, constituyen otras de las barreras para la población desplazada en cuanto al acceso a los servicios de salud se refiere. El desconocimiento o la información inadecuada pueden generar falsas expectativas y también convertir a esta población en objeto de manipulación por parte de terceros (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2002). Los entrevistados atribuyen este desconocimiento a la desorientación que les produce la ciudad, el trauma debido al desplazamiento y la escasa o inadecuada información que reciben del entorno, lo que les impide identificar fuentes y recursos disponibles para la atención. Sin embargo, también podría ser el resultado de los procesos de exclusión y marginación social que padecen, los cuales junto a su bajo nivel educativo, no les permite desarrollar una conciencia de ciudadanía y reconocerse como sujetos de derecho (López y Londoño, 2002).

La necesidad de acreditar la condición de desplazado, que exige contar con un documento de identificación y denunciar los hechos, es otra de las barreras de acceso a los servicios de salud. Con frecuencia los miembros de la población desplazada no cuentan con documentos de identificación porque huyeron de sus hogares, pero también pudiera ser que nunca lo gestionaron o los destruyeron para evitar ser identificados (González, 2002). En muchas ocasiones, esta población no informa de los hechos que provocaron el desplazamiento, por temor a represalias de sus agresores o, a veces, por el temor a ser estigmatizados. Así, los trámites para ser reconocidos como beneficiarios de la política se vuelven complejos, convirtiéndose en importantes barreras de acceso a los servicios de que disponen.



La adaptación de la población desplazada a la ciudad, a través del desarrollo de redes de apoyo social, se enfrenta, a veces, con la percepción de las comunidades receptoras que la relaciona con grupos armados, mendicidad y, en ocasiones, la consideran parte de colectivos privilegiados por contar con beneficios a los que no accede la población en similares condiciones socioeconómicas. Esta dificultad para establecer redes también podría relacionarse con las actitudes que perciben las otras personas, como los prestadores de servicios, que ven a los miembros de la población desplazada como personas conflictivas, con escasa aceptación de las normas existentes, o como personas pasivas. Esta actitud probablemente sea una reacción, comprensible, a las situaciones de violencia que originaron el desplazamiento y a la frustración que genera la difícil situación que estas personas viven en las ciudades, al enfrentarse a restricciones en el acceso a los servicios, entre ellos los relacionados con la salud.

Llama la atención en el discurso del personal de salud, su opinión sobre el escaso compromiso de los usuarios con su salud, que restringe la utilización de los servicios de salud para los procesos curativos y con poco interés hacia las acciones preventivas. Esto pareciera revelar una escasa sensibilidad a la problemática de este colectivo, que además de no haber disfrutado de acceso a los servicios de salud en sus lugares de origen, por la baja cobertura del sistema en las zonas rurales, se enfrenta a importantes barreras de acceso una vez establecidos en las ciudades receptoras. En las respuestas de algunos entrevistados en condición de desplazamiento era evidente la importancia dada a los servicios de salud, tanto curativos como preventivos, pero es precisamente su precaria situación económica la que les obliga a reservar el uso de los servicios de salud para los eventos que no pueden solucionar a través de las alternativas

que tienen a su alcance.

Existe consenso entre los entrevistados en asociar el desplazamiento y sus nuevas condiciones de vida con la existencia de diversos problemas de salud, principalmente desnutrición, enfermedades infecciosas y el compromiso de la salud mental, tanto en la población adulta como en la infantil. Estos resultados coinciden con los estudios realizados en población desplazada y refugiada, que reflejan la vulnerabilidad de estas poblaciones, la cual las hace susceptibles a presentar altas tasas de morbilidad por condiciones prevenibles, como las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y las deficiencias nutricionales (Toole y Waldman, 1993; Leus y cols., 2001; McKee y Janson; 2001). Además de los problemas derivados del desplazamiento, los miembros de este colectivo presentan patologías que guardan correspondencia con el perfil epidemiológico de la población colombiana con similares condiciones de vida (Secretariado Nacional de Pastoral Social, 2003; Organización Panamericana de la Salud y Universidad de Antioquia, 2002). Los embarazos también podrían convertirse en un problema complejo por la asistencia tardía, en estadíos avanzados de gestación, a los controles prenatales y su mayor frecuencia en adolescentes desplazadas (Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, 2001; Marie Stopes International, 2004). Esto último parece indicar una mayor vulnerabilidad del adolescente, mediado por las circunstancias familiares y ambientales que le rodean, como la pérdida de la estabilidad psicosocial por la desintegración de la familia, el hacinamiento y la violencia (Mogollón y Vázquez, 2006a).

En conclusión, la población en condición de desplazamiento, con un mayor número de necesidades básicas insatisfechas, enfrenta numerosas barreras para acceder a los ser-

vicios de salud. Ante el elevado número de dificultades, se requiere de las instituciones de salud, y del sector estatal, una clara identificación de las necesidades en salud de este colectivo, una mayor preocupación por la provisión de servicios, y una voluntad política que permita la efectiva eliminación de las barreras que impiden su acceso a la atención en salud (Gutiérrez, 2000). Una política de estabilización a largo plazo debe garantizar medidas reales que posibiliten a la población desplazada el acceso a una vivienda digna, a una alimentación adecuada y a un trabajo remunerado, principales factores que inciden en la presentación de sus problemas de salud, así como el acceso real a los servicios de salud. En éste sentido, la restitución de sus derechos fundamentales se convierte en la única alternativa para el logro de su integración social.

Bibliografía

- Aday, L. A; Andersen, R. M. 1993. "Theoretical framework for the study of access to medical care". *Health Serv Res.* 9: 208-222.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. 2007. Las localidades. Disponible en: < <http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/decide.php?patron=01>.>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Oficina de Colombia. 2002. Balance de la política de atención al desplazamiento interno forzado en Colombia. 1999-2002. ACNUR. Bogotá.
- Andersen, R. M. 1995. "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?". *J Health Soc Behav.* 36: 1-10.
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Profamilia. 2001. Salud sexual y reproductiva en zonas marginales. Situación de las mujeres desplazadas. Reporte Final. Profamilia. Bogotá.
- Balcells, J. 1994. *La Investigación social. Introducción a los métodos y las técnicas.* Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. Barcelona.
- Cáceres, D. et al. 2001. Perfil epidemiológico de la población desplazada por el conflicto armado interno del país en un barrio de la ciudad de Cartagena (Bolívar) y propuesta de un sistema de vigilancia para la población afectada por este fenómeno en Colombia. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Disponible en: <<http://www.col.ops-oms.org/desplazados/informes/mandela/index.htm>> (visita del 8 de marzo de 2004).
- Cáceres, D. et al. 2002. "Epidemiologic profile of the population displaced by the internal armed conflict of the country in a neighborhood of Cartagena, Colombia". *Biomédica.* 22 Suppl 2: 425-44.
- Céspedes, J. et al. 2000. "Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud". *Salud Pública.* (2) 2: 145-64.
- Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento. 2005. Comportamiento del desplazamiento 1985-tercer trimestre de 2005. Disponible en: <http://www.codhes.org/cifra/GraficoTendencias1985_2005.jpg.> (visita del 23 de noviembre de 2005).
- Cubides, F.; Olaya, A.; Ortiz, C. 1998. *La violencia y el municipio colombiano. 1980-1997.* Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, CES. Primera edición. Santafé de Bogotá.
- Fernández de Sanmamed, M.J. 2006. "Diseño de estudios y diseños muestrales en investigación cualitativa". En: Vázquez M.L. et al. *Introducción a las técnicas cualitativas aplicadas en salud.* Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions. Barcelona.
- Franco, S. 1999. *El quinto no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia.* Tercer Mundo Editores. Santafé de Bogotá.
- Galindo, L. 1998. *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación.* Prentice Hall. Addison Wesley, México.
- González, M. 2002. Desterrados el desplazamiento forzado en Colombia. Médicos Sin Fronteras. España. Disponible en: <<http://www.disaster.info.desastres.net/desplazados/informes/msf/informedesplazados.htm>> (visita del 21 de julio de 2002).
- Grupo de Economía de la Salud. Observatorio de la Seguridad Social. Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas. 2001. Condiciones de acceso a los servicios de salud (3).
- Guerrero, R. 1996. "Epidemiología de la violencia en la región de las Américas. El caso de Colombia". Memorias Segunda Conferencia Anual del Banco



- Mundial para el Desarrollo en América Latina y el Caribe. Bogotá junio 30 a julio 2.
- Gutiérrez, L.H.; Gutiérrez, J.R. 2000. *El derecho a la salud*. Señal Editora. Medellín.
- Hernández, A; Vega, R. 2003. "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*. 5: 78-106.
- Leus, X.; Wallace, J.; Loretto, A. 2001. "Internally displaced persons". *Prehospital Disaster Med*. 16(3): 116-23.
- López, O.; Londoño, L. 2002. *El proceso de desplazamiento forzado: estrategias familiares de sobrevivencia en el oriente antioqueño*. Instituto de Estudios Regionales. Universidad de Antioquia. Medellín.
- Marie Stopes International. Women's Commission for Refugee Women and Children. 2004. Reporte Final. Desplazados y desesperados: evaluación sobre la salud reproductiva en la población desplazada en Colombia. Versión original en inglés publicada en febrero 2003 por el Reproductive Health Response in Conflict Consortium. Traducida al español y actualizada en marzo de 2004. Nueva York.
- Marshall, C.; Rossman, G.B. 1990. *Designing qualitative research*. Sage. Newbury Park.
- McKee, M.; Janson, S. 2001. "Forced migration. The need for a public health response". *Eur J Publ Health* (11): 361.
- Miles, M.B; Huberman, A.M. 1994. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2nd. ed. Sage Publications. London.
- Mogollón, A.S.; Vázquez, M.L.; García, M.M. 2003. "Necesidades en salud percibidas por la población desplazada por conflicto armado en Bogotá, Colombia". *Rev Esp Salud Pública*. 77(2): 257-66.
- Mogollón, A.S.; Vázquez, M.L. 2006a. "Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado". *Gac Sanit*. 20(4): 260-65.
- Mogollón, A.S.; Vázquez, M.L. 2006b. "Técnicas cualitativas aplicadas en salud". En: Vázquez M.L. *et al. Introducción a las técnicas cualitativas aplicadas en salud*. Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions. Barcelona.
- Morales, M.; Torres, L. 1998. *Principales problemas de salud de los desplazados por la violencia Pavarandó y Turbo*. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín.
- Organización Internacional para las Migraciones. 2001. Diagnóstico de población desplazada y comunidades de recepción en seis departamentos de Colombia. 2001. Jul. Disponible en: <<http://www.col.ops-oms.org/desplazados/informes/oim/diagnosticooim.htm>> (visita del 20 de noviembre de 2003).
- Organización Panamericana de la Salud; Universidad de Antioquia. 2002. Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato 1 en Medellín. Disponible en: <<http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/perfilmedellin2003/index.htm>> (visita del 2 de febrero de 2004).
- Organización Panamericana de la Salud; Universidad Industrial de Santander. 2003. Diagnóstico de la situación de salud de las poblaciones desplazada y no desplazada en Bucaramanga y su área metropolitana. Disponible en: <<http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/estudiosantander2003/index.htm>> (visita del 2 de febrero de 2004).
- Organización Panamericana de la Salud; Instituto Nacional de Salud. 2002. Estudio de perfil epidemiológico de población desplazada y población estrato uno no desplazada en cuatro ciudades de Colombia: Montería, Soacha, Cali y Cartagena. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/epepv2002/index_toc.htm> (visita del 28 de mayo de 2004).
- Paredes, N. 2003. *Derecho a la salud. Su situación en Colombia*. Antropos. Bogotá.
- Porter, M.; Haslam, N. 2005. "Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis". *JAMA*. 294 (5): 602-12.
- Programa Mundial de Alimentos, Colombia. 2001. Estudio de caso de las necesidades alimentarias de la población desplazada de Colombia. 2001. Jun 14. Disponible en: <<http://www.col.opsoms.org/desplazados/informes/pma/FinalReportSpanish.htm>> (visita del 18 de noviembre de 2003).
- Ruiz, J. 1999. *Metodología de investigación cualitativa*. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Sánchez, C.; Agudelo, C. 2000. "¿Entendemos mejor la violencia?". *Revista Salud Pública*. 2 (1): 47-56.

Secretariado Nacional de Pastoral Social. 2003. Sistema de información sobre población desplazada por la violencia en Colombia. Características generales de la población desplazada a diciembre de 2003. Disponible en: <<http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/rut/caracteristicas2003>> (visita del 7 de junio de 2004).

Summerfield, D. 2000. "War and mental health: a brief overview". *BMJ*. 321(7255): 232-5.

Taylor, S.J.; Bogdan, R. 1998. *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación*. Paidós. Barcelona.

Toole, M.; Waldman, R. 1993. "Refugees and displaced persons. War, hunger, and public health". *JAMA*. 270 (5):600-5.

Valles, M. 2000. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis Sociológica. Madrid.

