

**Universidad Autónoma de Barcelona**  
**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología y Medicina Preventiva**  
**Programa de Doctorado en Salud Pública y Metodología de la Investigación**  
**Biomédica**

---

**Necesidades en salud percibidas por la población desplazada por  
conflicto armado en Bogotá, Colombia.**

---

Trabajo de investigación de doctorado  
presentado por Amparo Susana Mogollón  
Pérez

Directoras    María Luisa Vázquez Navarrete  
                  María del Mar García Gil

Tutor            Miguel Martín

Bellaterra

2002

---

## AGRADECIMIENTOS

---

La autora quiere expresar su agradecimiento a todas aquellas personas que incondicionalmente colaboraron con la realización de éste estudio, pues aunque se constituye en un trabajo individual no hubiera podido ser llevado a cabo sin su participación.

- A los hombres y mujeres que han padecido el fenómeno del desplazamiento y que estuvieron dispuestos a narrar sus historias y cuyas palabras siento tendré presentes.
- A mis directoras del estudio: a María Luisa por su dedicación, crítica permanente y apoyo incondicional, y por haberme introducido a la investigación cualitativa en salud. Y a María del Mar por la acogida brindada desde la universidad para la realización del trabajo.
- Al profesor Miguel Martín por la confianza y el apoyo brindado.
- A la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, por el apoyo institucional que me ha proporcionado.
- A Javier Suárez Casallas, por apoyarme incondicionalmente para la realización de mis estudios.
- Al Centro de Atención al Migrante, en especial a la Hermana Shirley por el apoyo institucional brindado y por facilitar el contacto con cada uno de los desplazados.
- A mis amigos, compañeros y estudiantes de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, por su apoyo permanente.

- A Virginia García Sánchez quien además de su amistad, colaboró con diversos procesos del trabajo de campo.
- A Silenis Sabogal quien desde las prácticas sociales de la Universidad del Rosario, colaboró con los contactos institucionales y personales.
- A Adriana Parra por su acompañamiento y la alegría que dio al trabajo de campo.

---

## **DEDICATORIA**

---

A mis papis Nelly y Rafael quienes me enseñaron el amor por cada una de las acciones que se emprenden en la vida y a superar las dificultades.

A Juan Carlos por su amor y apoyo incondicional, por todos aquellos momentos que no hemos podido compartir.

A Patty por su cariño de hermana y el apoyo permanente que me ha dado en la vida.

A mis amigos quienes siempre me han acompañado en las etapas cruciales de mi vida.

---

---

## INDICE

---

---

INDICE DE TABLAS.....	8
PRESENTACION .....	9
1 INTRODUCCION.....	11
1.1 - Entendiendo el fenómeno de la violencia en Colombia.....	11
1.1.1 - Definición de violencia.....	11
1.1.2 - Causas de la violencia en Colombia. ....	11
1.1.3 - La Violencia por conflicto armado en Colombia. ....	12
1.1.4 - Los costos de la violencia para el país.....	14
1.2 - El desplazamiento forzado como principal consecuencia del conflicto armado.....	15
1.2.1 - Definición.....	15
1.2.2 - Fases del desplazamiento.....	16
1.2.3 - Tipos de desplazamiento y de intervención. ....	17
1.2.4 - Características del desplazamiento en Colombia .....	18
1.2.5 - Magnitud del desplazamiento.....	19
1.2.6 - Características sociodemográficas de la población desplazada. ....	21
1.3 - Salud y desplazamiento.....	24
1.3.1 - Relación salud - violencia.....	24
1.3.2 - Problemas de salud de la población desplazada. ....	25
1.3.3 - El Sistema de Seguridad Social en Salud frente a la población desplazada.....	28
1.3.4 - Oferta de programas de prevención para la población desplazada .....	33
1.4 - Importancia del estudio.....	35
2 OBJETIVOS.....	38
2.1 - Objetivo General .....	38
2.2 - Objetivos Específicos.....	38
3 DISEÑO METODOLOGICO .....	39
3.1 - Tipo de Estudio .....	39
3.2 - Area de estudio.....	39
3.3 - Método .....	40
3.4 - Análisis de Datos. ....	42
3.5 - Alcances del estudio .....	43
3.6 - Diseño muestral .....	43

3.6.1 - Selección de la muestra .....	44
3.6.2 - Características de los informantes.....	45
3.7 - Limitaciones del estudio.....	47
4  PRESENTACION DE RESULTADOS.....	49
4.1 - Principales problemas de salud.....	49
4.1.1 - Problemas de salud derivados del desplazamiento.....	50
4.1.2 - Problemas de salud no derivados del desplazamiento.....	57
4.2 - Identificación de las causas de los problemas en Salud.....	61
4.2.1 - Situación económica .....	61
4.2.2 - Cambios en la dinámica social y familiar .....	62
4.2.3 - Presenciar actos violentos.....	63
4.2.4 - Factores ambientales .....	64
4.2.5 - Cambios climáticos.....	65
4.2.6 - Otros factores etiológicos .....	65
4.3 - Situación de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).....	66
4.4 - Problemas en el acceso a los servicios de salud .....	67
4.4.1 - Limitaciones para el acceso desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).....	67
4.4.2 - Limitaciones en el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios .....	69
4.5 - Necesidades de Atención en Salud.....	70
4.5.1 - Apoyo psicológico.....	70
4.5.2 - Suministro de medicamentos .....	71
4.5.3 - Soporte nutricional.....	71
4.5.4 - Atención odontológica .....	72
4.5.5 - Acceso a programas preventivos .....	72
4.5.6 - Necesidades de rehabilitación y de elementos protésicos .....	73
4.6 - Percepción de mecanismos de solución para la problemática en salud.....	73
4.6.1 - Falta de reconocimiento de alternativas de solución .....	74
4.6.2 - Búsqueda de soluciones externas .....	74
4.6.3 - Búsqueda de soluciones a nivel interno.....	76
5  DISCUSION .....	80
5.1 - Principales problemas de salud de la población desplazada en fase de transición .....	81
5.2 - Factores que inciden en la presentación de los problemas de salud.....	86
5.3 - La población desplazada frente al Sistema de Seguridad Social en Salud. ....	88
5.4 - Acceso a los servicios en salud por parte de la población desplazada .....	90
5.5 - ¿Qué necesidades de atención en salud tiene la población desplazada?.....	91
5.6 - Mecanismos de solución frente a sus problemas y necesidades en Salud. ....	93
6  CONCLUSIONES .....	96
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	99



---

---

## INDICE DE TABLAS

---

---

Tabla 1.	Total estimado de población desplazada en Bogotá. ....	19
Tabla 2.	Registro Nacional de Población Desplazada por la Violencia .....	21
Tabla 3.	Sexo de los informantes según grupo etáreo .....	45
Tabla 4.	Formación básica de los informantes según sexo.....	46
Tabla 5.	Ocupación actual según sexo .....	46
Tabla 6.	Agentes expulsores según sexo .....	46
Tabla 7.	Tiempo transcurrido en fase de transición según sexo .....	47
Tabla 8.	Procedencia de los informantes según sexo .....	47

---

---

## **PRESENTACION**

---

---

Colombia es un país de aproximadamente 40 millones de habitantes, el cual se caracteriza por su gran riqueza geográfica y pluricultural fruto de diversas etnias. Sin embargo, al efectuar un análisis de su principal problemática social, es evidente que la más sobresaliente es la violencia. En los últimos cincuenta años la sumatoria de enfrentamientos políticos, brechas socioeconómicas más amplias que indican una distribución inequitativa de la riqueza, conflicto armado, narcotráfico y falta de control del Estado, han llevado a que cada día la violencia adquiera un carácter más cotidiano.

Dentro de las principales manifestaciones de la violencia en Colombia se encuentra el conflicto armado, el cual ha provocado no solo el enfrentamiento de los diversos grupos existentes con las fuerzas del estado sino que ha llevado a que se afecte de manera directa a la población civil.

Esta situación hace que la población que se ha visto incluida dentro de un conflicto al ser víctima directa o indirecta del mismo, opte por el desplazamiento de sus territorios como una alternativa para su sobrevivencia y la de sus familias, eligiendo las grandes ciudades como lugar de asentamiento.

Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones, el desplazamiento unido a las precarias condiciones de vida que les ofrecen los núcleos urbanos, hacen que se incrementen de manera significativa todos sus problemas, entre ellos, los relacionados con su salud.

Fue a partir de éste análisis que surgió el interés por desarrollar este estudio, buscando identificar las percepciones sobre los problemas de salud y estrategias de búsqueda de solución población desplazada por conflicto armado, que eligió como lugar de asentamiento la ciudad de Bogotá. Se realizó un estudio descriptivo

exploratorio, utilizando una metodología de carácter cualitativo, cuya recolección de datos fue desarrollada durante los meses de marzo y abril de 2002.

El trabajo está estructurado en cinco capítulos. inicia con una descripción general de la situación de violencia de Colombia y los aspectos relacionados con el desplazamiento forzado, describiendo las principales características sociodemográficas de la población desplazada así como su problemática en salud tal como ha sido abordada por otros estudios (Capítulo I). Una vez se ha determinado el interés académico del estudio se plantea el problema y los objetivos a desarrollar (Capítulo II). A continuación se describe el diseño metodológico del estudio que se basó en estudios cualitativos provenientes de las ciencias sociales, que comprende la técnica utilizada para la recolección de información en éste caso entrevistas semiestructuradas, el proceso de análisis de los datos así como las características de la muestra estudiada ( Capítulo III). En el capítulo IV se describen los resultados del estudio. En tanto que en el capítulo V se discuten los resultados obtenidos mediante un proceso de interpretación que se desarrolló alrededor de los mismos. En el capítulo VI, se presentan las conclusiones y referencias bibliográficas utilizadas en el estudio. Al final en el apartado de anexos, se presenta el modelo de guía de entrevista utilizado para la recolección de la información y el mapa donde se localizan los lugares en los que se encuentra la población estudiada.

---

## **1 INTRODUCCION**

---

### ***1.1 - Entendiendo el fenómeno de la violencia en Colombia.***

#### ***1.1.1 - Definición de violencia***

Son muchas las definiciones que se han formulado en torno a la violencia, pero en términos generales se ha entendido como cualquier tipo de agresión que se da entre individuos o en una comunidad, que no necesariamente conlleva a un daño físico (Hijar-Medina, 1997). También se ha definido como aquellas actuaciones individuales o grupales que pueden llegar a ocasionar la muerte de otro ser humano o a lesionar su integridad física o moral, violando sus derechos fundamentales (Comisión de Estudios sobre la Violencia, 1989; Franco, 1999).

También se ha definido como una “forma de establecer relaciones y de afrontar conflictos recurriendo a la fuerza, a la amenaza, a la agresión psicológica o al abandono, con el fin de debilitar, destruirse o destruir al otro o a los otros, obteniendo como resultado la muerte, la disminución de la capacidad física, el desarrollo humano o de la toma de decisiones por parte de la víctima y una dinámica patológica o degradante en el victimario” (Corporación Salud y Desarrollo, 1997:244).

La OPS (1990), Cruz (1999), Pellegrini (1999) y Duque (2000), coinciden en que la violencia está generando una pérdida progresiva de las relaciones sociales y se está convirtiendo en una de las principales generadoras de enfermedad. De allí que la salud pública la considere como un área problemática que amerita un mayor estudio.

#### ***1.1.2 - Causas de la violencia en Colombia.***

Teniendo en cuenta que un acto violento implica una intencionalidad de daño a un ser humano, se puede pensar que la violencia está ligada a un juego de poderes que se construye en diversos tipos de organización social.

Son múltiples los factores generadores de la violencia, que, a su vez, dependen de elementos tales como la estructura y dinámica de la familia, la existencia de redes de apoyo, la participación en movimientos sociales y la presencia de grupos armados en las zonas urbanas y rurales. Estos últimos favorecen actos que atentan contra la dignidad humana como el secuestro, las violaciones, las lesiones personales, los homicidios, los delitos contra el patrimonio económico, los enfrentamientos con las fuerzas del Estado y el desplazamiento forzado.

Para el caso específico de Colombia, Franco (1999) considera que frente a la violencia existen tres condiciones estructurales que la han desarrollado: la inequidad, que está directamente relacionada con aspectos económicos tales como la distribución de la riqueza, relaciones de dependencia internacional y factores políticos y éticoculturales. La intolerancia dentro de un contexto político que ha llevado a la exclusión de ciertos grupos de la vida económica y política del país y la impunidad que se da como una sumatoria de los problemas políticos y culturales y la presencia del narcotráfico, entre otros factores. Estas tres condiciones inciden en que Colombia sea reconocida hoy en día como uno de los países más violentos del mundo. (Franco, 1997a).

### ***1.1.3 - La Violencia por conflicto armado en Colombia.***

Colombia se ha caracterizado por una serie de conflictos originados en la época de la independencia así como por cambios políticos que han marcado una lucha bipartidista durante su historia como república independiente. Estos aspectos, unidos al narcotráfico y la delincuencia común, han llevado a considerarlo como un país con tradición de violencia.

La violencia fue exclusivamente política hasta mediados de la década de los 60. En el periodo de 1966 a 1982 se presentó una disminución de este tipo de violencia y a partir de los años 80 se relaciona directamente con el narcotráfico. Sin embargo, en los ochenta y los noventa, se configuran tres procesos coyunturales para el país: la puesta en marcha del modelo económico neoliberal, el surgimiento y desarrollo del

narcotráfico y la agudización del conflicto político militar. Estos factores, asociados a la impunidad y a una pobre acción del sistema judicial; se constituyen en los principales desencadenantes de una mayor violencia en el país. (Guerrero, 1996; Cubides y cols, 1998; Franco, 1999; Sánchez y Agudelo, 2000).

Sin embargo, no se puede desconocer que aunque la violencia política no arroje tantas víctimas como otros tipos de violencia, ha contribuido a recrudecer éste fenómeno, haciendo que tenga un mayor impacto dentro de la opinión pública nacional e internacional.

En Colombia, existen varios grupos armados de guerrilla dentro de los que sobresalen: las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo (FARC-EP), la Unión Camilista - Ejército de Liberación Nacional (UC-ELN), el Ejército Popular de Liberación (EPL) y el Ejército Revolucionario Popular (ERP), que han mantenido un enfrentamiento con las fuerzas del Estado durante un periodo de cincuenta años. Si bien en sus inicios estos enfrentamientos se dieron por diferencias ideológicas, hoy en día se dan como una expresión de desfases y confrontamientos en el campo de los valores y de las normas de la vida social (Franco, 1997b).

Por otra parte, la debilidad del Estado permitió el surgimiento de un tercer actor: las Autodefensas Unidas de Colombia, que en el medio son reconocidos como grupos paramilitares. Esta organización surge hacia la década de 1980 como un grupo de civiles armados que atacaban a los miembros de la guerrilla con el fin de diezmarlos o para defender su propiedad privada.

Sin embargo, las acciones de todos éstos grupos armados no se han supeditado al desarrollo de combates con quienes consideran sus enemigos; sino que han establecido mecanismos de intimidación y de violencia hacia la población civil de zonas rurales y urbanas; desconociendo que los ciudadanos deben permanecer al margen de todo tipo de conflicto político militar como lo dispone el Derecho Internacional Humanitario. De ésta manera los grupos paramilitares, la guerrilla e incluso las fuerzas del estado, se han convertido en los principales violadores de los

derechos humanos en el país (Arango, 1996; Rangel, 1998; Hernández y Salazar, 1999).

Frente a esta situación, el actual gobierno intentó establecer conversaciones con los movimientos insurgentes pero no se logró un acuerdo para el cese del fuego. Al contrario, los combates entre las fuerzas armadas con los grupos revolucionarios se intensificaron y las acciones para el logro de una negociación pacífica al conflicto parece cada vez más lejanas.

Para la Comisión Colombiana de Juristas (1998) es importante tener en cuenta que aunque el conflicto armado en comparación con otras dinámicas de la violencia no genera el mayor número de víctimas mortales en el país, si aporta hasta un 13% de ellas, pudiéndose afirmar que su dimensión es mayor dado el impacto social, político y económico que provoca sobre la población colombiana.

#### ***1.1.4 - Los costos de la violencia para el país.***

De Currea (1998) establece que el impacto de la violencia por conflicto armado además de las lesiones fatales provoca lesiones no fatales que conllevan a altos costos de asistencia y rehabilitación para el sistema de salud, así como costos sociales y económicos, como son los que se derivan por el desplazamiento forzado.

En Colombia, el estudio de la violencia se ha centrado más en el análisis de las tasas de morbilidad y mortalidad. Últimamente se ha introducido el análisis de los años de vida saludables perdidos, que equivalen a los años perdidos no solo por muerte prematura sino también por discapacidad. Pero existen muy pocos indicadores sobre el deterioro de la calidad de vida, así como de otros costos indirectos.

Por tanto, la estimación de sus costos resulta difícil de efectuar ya que la relación entre la prestación de servicios de salud y la violencia derivada del conflicto armado se ha hecho sobre la base de las víctimas que son reportadas en los sistemas de

registro. Sin embargo éstas cifras pueden incrementarse si se tiene en cuenta que existe un alto nivel de subnotificación por diferentes causas (De Currea, 2000).

El Departamento Nacional de Planeación consideró que entre 1990 y 1998 la violencia y el conflicto armado en el país provocaron unos costos directos brutos de aproximadamente \$3.2 billones anuales, que corresponden a un 4.5% del PIB (Castro y cols, 1999). Sin embargo, este mismo organismo establece que, al no ser incluidos los costos de oportunidad para la sociedad y los efectos en términos de bienestar sobre la población, éstas cifras subestiman los costos reales que genera la violencia en Colombia.

## ***1.2 - El desplazamiento forzado como principal consecuencia del conflicto armado.***

### ***1.2.1 - Definición***

El desplazamiento es una forma de migración que se da cuando un grupo de personas residentes en un determinado territorio buscan mejorar sus condiciones de subsistencia, y por tanto, optan por abandonar sus territorios de origen.

Según Giraldo (1999), citando el estudio efectuado por la Conferencia Episcopal Colombiana<sup>1</sup>, existen dos tipos de migraciones: las de carácter económico que generalmente están ligadas al mejoramiento de calidad de vida, cuando los individuos se plantean nuevas oportunidades de trabajo. En este grupo se han incluido las colonizaciones y las migraciones ligadas a un aspecto laboral o comercial. Y en segundo lugar, las migraciones forzadas, que implican razones involuntarias y/o de violencia, que exigen el traslado a un nuevo territorio.

---

<sup>1</sup> La Conferencia Episcopal Colombiana desarrolló en 1995 un estudio denominado Derechos Humanos. Desplazados por violencia en Colombia. En el que reconoce la tipología de las migraciones según correspondan a un interés de los sujetos por mejorar sus condiciones de vida de una manera voluntaria y la contraria de manera involuntaria. Aunque las dos tendrían una connotación socioeconómica importante.

A su vez dentro de las migraciones forzadas se deben diferenciar, por una parte, los refugiados<sup>2</sup> que son “personas que generalmente traspasan las fronteras internacionales como consecuencia de persecución por guerra, raza, religión, nacionalidad o ser miembros de un grupo social o político” (Toole y Waldman, 1993) y los desplazados, que es la segunda categoría, cuya característica principal radica en que la migración se da dentro del territorio nacional, como consecuencia de continuas violaciones de los derechos humanos (Human Rights Watch, 1998).

Desde el punto de vista legal se establece que el desplazado es “ toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios, tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar drásticamente el orden público” (Diario Oficial, 1997).

### ***1.2.2 - Fases del desplazamiento***

Se considera que el desplazamiento atraviesa los siguientes estadios: el de “urgencia: primeras 72 horas luego del desplazamiento; emergencia: luego de las 72 horas y mientras se define un asentamiento temporal para la población desplazada; y transición, que va desde la ubicación de la población en un asentamiento temporal y mientras se logra su reubicación definitiva o retorno al lugar de procedencia” (Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud, 2001).

Es precisamente en la fase de transición, donde existe mayor dificultad para poder determinar en que momento finaliza el desplazamiento. La Comisión de los Derechos

---

<sup>2</sup> Los refugiados generalmente no regresan al país de origen por el temor a ser perseguidos por su condición. Sin embargo están acogidos a la protección de disposiciones internacionales, como la establecida por las Naciones Unidas, a través de la Oficina del Alto Comisionado para los Refugiados.

Humanos de las Naciones Unidas (2000), afirma que resulta complejo precisarlo, ya que deben tenerse en cuenta diversos factores, no solo la elección de un territorio geográfico sino otros elementos sociales, culturales o económicos, que le permitan al desplazado y a su familia contar con una adecuada calidad de vida. De allí que sea necesario en esta última fase, agotar la posibilidad de retornar al lugar de origen o asumir el reasentamiento como una solución a largo plazo, siempre y cuando las condiciones les resulten favorables.

### ***1.2.3 - Tipos de desplazamiento y de intervención.***

Romero citado por Zafra (2001) clasifica el desplazamiento de la siguiente manera: (a) desplazamientos temporales en los que se reconoce la posibilidad de retorno temprano; (b) desplazamientos definitivos en los cuales los afectados no retornan y prefieren asentarse en otros territorios, y (c) desplazamientos intermitentes en los cuales se regresa al lugar de origen pero se desplazan nuevamente si se llegan a intensificar las acciones de violencia.

Este mismo autor plantea que existen cuatro fases para la intervención frente a la problemática del desplazamiento:

- Fase I: Prevención. En ella se plantean acciones tendientes a anticipar las situaciones que puedan causar el desplazamiento.
- Fase II: Atención Humanitaria de Emergencia: Consiste en el desarrollo de acciones dirigidas a atender las necesidades inmediatas de los desplazados, trabajando en los sitios de ubicación temporal en donde comúnmente se registran emergencias sanitarias causadas por inadecuadas condiciones socioambientales.
- Fase III: Retorno. Se deben crear condiciones que permitan que los desplazados inicien una vida en un lugar nuevo o regresen en condiciones de seguridad al lugar de partida.

- Fase IV: Consolidación y estabilización socioeconómica. En esta fase se establecen los planes de desarrollo que permitirán la consolidación de procesos de autonomía económica para la población afectada.

#### **1.2.4 - Características del desplazamiento en Colombia**

Los desplazados en Colombia son un grupo muy heterogéneo, cuyo status de desplazado no se deriva de ninguna característica en común sino que tiene un carácter circunstancial: el ser habitante de una región de conflicto armado. Su desplazamiento se da tanto en el ámbito individual como familiar. Aunque en los últimos años se han evidenciado éxodos masivos en zonas con alto nivel de presión de los grupos armados, que buscan la apropiación de territorios con fines delictivos.

El hecho de abandonar los sitios de origen, hace que gran parte de ésta población no sólo rompa sus lazos de pertenencia a un territorio sino que también pierda valores como la solidaridad, la cooperación ciudadana y la pérdida progresiva de la identidad colectiva (Centro de Investigación y Educación Popular, 1997; Meertens, 1999).

El país contaba en 1997 con una población estimada en 40.072.328 millones de habitantes, de los cuales el 49,5% son hombres y el 50.5% son mujeres, encontrándose un 71% del total ubicados en zonas urbanas<sup>3</sup>. El Centro de Investigación y Educación Popular – Cinep (1997) y U.S. Comittee for Refugees (1998) consideran que es importante registrar que si bien dos terceras partes de los desplazados provienen de zonas rurales, el desplazamiento urbano constituye en la actualidad una tendencia en crecimiento, que afecta a trabajadores, maestros, sindicalistas y a miembros de grupos étnicos minoritarios.

Se puede considerar que en casi todos los departamentos se registra una dinámica de violencia. Sin embargo, dentro de los tienen la mayor expulsión de población rural están Antioquia, Tolima, Meta, Caquetá, Cauca, Sucre, Cundinamarca, Valle, Bolívar,

Huila, Boyacá y Casanare. A su vez, Antioquia, Córdoba, Valle, Boyacá y la capital de la república, Santa Fe de Bogotá, tienen la mayor intensidad de llegada.

Sin embargo, llama la atención que los departamentos de mayor expulsión de población son a su vez, receptores de ésta, dado que muchos de sus habitantes de desplazan de las zonas rurales a las capitales de provincia o de sus respectivos departamentos. De manera excepcional, Cundinamarca es receptor en un 83,26% de los casos y expulsor tan solo en un 16,74% de ellos según lo analizado por el Secretariado Nacional de Pastoral Social (2001).

### **1.2.5 - Magnitud del desplazamiento**

En 1992 el gobierno tuvo conocimiento por vez primera de la magnitud de la población desplazada que tenía en su territorio, cuando el Comité para Refugiados de los Estados Unidos (USCR) estimó que existían trescientas mil personas desplazadas. En 1995 su número ascendió a 600.000 y en el año 1998 alcanzó la cifra de un millón, de las cuales cerca del 60% eran menores de edad (Defensoría del Pueblo, 1998 a y b).

Para el caso específico de Bogotá, la Arquidiócesis de Bogotá y el Codhes (1999) estimaron que entre 1985 y 1998 arribaron 377.555 personas, alcanzándose un promedio diario de 37 familias, que constituyen aproximadamente el 23.62% del total de la población desplazada en Colombia. Esta situación se hace cada vez más compleja si se tiene en cuenta que para el caso de Bogotá, la mayoría de los desplazados (57%) manifiesta su intención de no retornar a sus sitios de origen hasta tanto no se obtenga una solución al conflicto armado. Un 34% aspira a un lugar de reasentamiento rural y solo un 9% expresa su intención de retorno.

Tabla 1. Total estimado de población desplazada en Bogotá.

Años	Hogares	Personas
------	---------	----------

---

<sup>3</sup> Datos actualizados a 2001 de la Organización Panamericana de la Salud, sobre el perfil de salud y datos demográficos para Colombia.

Años	Hogares	Personas
1995-1994	19.500	117.000
1995	5.201	26.455
1996	10.136	50.680
1997	15.750	78.850
1998	13.642	54.570
Total	64.229	377.555

\*Fuente: Arquidiócesis de Bogotá – Codhes (1999).

Sin embargo, la situación de desplazamiento en Colombia puede ser mayor, y en opinión de la Red de Solidaridad Social (2002), existen grandes deficiencias en las fuentes de información y en los mecanismos de seguimiento ya que los métodos de recolección y de validación de los datos son distintos y se tienen conceptos de población desplazada diferentes. Mientras algunas fuentes tratan de estimar la magnitud total del problema, otras solo reportan a las personas que demandan atención. Adicionalmente, muchas de las diferencias existentes en los registros de población desplazada pueden deberse a que los sistemas de información han sido desarrollados en distintos periodos y territorios geográficos

Este caso se da al comparar las tres principales fuentes que han estudiado la magnitud del desplazamiento en el país: por un lado, la Conferencia Episcopal de Colombia estima que para el periodo comprendido entre enero de 1998 y septiembre de 2000 cerca de 47 mil personas se encontraron en situación de desplazamiento (en ocho de sus jurisdicciones eclesásticas), la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento estima en más de dos millones el número de personas desplazadas durante el periodo 1995 – 2000, y finalmente el Consejo Nacional de Política Económica y Social (Compes) establece que la cifra de desplazados entre septiembre de 1995 y noviembre de 1999 fue de 400 mil personas.

Para la Presidencia de la República durante el periodo 1995-2002, han sido desplazados un total de 105.078 hogares de todo el país. Las cifras del Sistema Único de Registro de Población Desplazada, solo indican el número de personas desplazadas que solicitan atención del Estado, de allí que al constituirse en la única fuente oficial reconocida, sus estimaciones resultan inferiores a otras fuentes porque

no tiene en cuenta a la totalidad de la población que presenta ésta problemática (Red de Solidaridad Social, 2002)

Tabla 2. Registro Nacional de Población Desplazada por la Violencia

Acumulado 1995- febrero 2002.

Año	Hogares Desplazados
1995	58
1996	633
1997	2.013
1998	8.636
1999	6.591
2000	41.882
2001	44.669
2002	596
Total	105.078

Fuente: Sistema Único de Registro, S.U.R.

Fecha de corte: Febrero 18/2002

### **1.2.6 - Características sociodemográficas de la población desplazada.**

La Consultoría para los Derechos Humanos y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1996), considera que el 74,4% de los desplazados son menores de edad, 5,2% son personas de la tercera edad y un 56,4% son mujeres. Mientras que el Registro Único de Población Desplazada, de la Red de Solidaridad Social, estimó que de 283.734 personas registradas entre enero de 2000 y junio de 2001, el 49% eran mujeres y el 51%, hombres. Según el mismo informe los menores de 18 años, representan el 48,35% del total, en tanto que para Rodríguez (2000) los niños afectados por el desplazamiento menores de 14 años corresponden a un 60%.

Estos informes revelan, a pesar de las discrepancias, que indiscutiblemente la niñez es uno de los grupos que más se ve afectado no solo por las acciones propias del conflicto y el desplazamiento sino por los cambios que se dan en su núcleo familiar.

En cuanto a los cambios que produce el desplazamiento en la reorganización de la estructura familiar y social, es común encontrar modificaciones en los roles ocupacionales, ya que antes del desplazamiento la mayor parte de la población provenía de zonas rurales cuyas actividades estaban directamente relacionadas con la agricultura y la ganadería. Esta situación se ve transformada en la ciudad, donde el hombre tiende a quedar desempleado o a vincularse a la economía informal y es la mujer quien debe asumir en esos casos, aunque con menores ingresos la jefatura y el sostenimiento del hogar.

Al respecto la Consultoría para los Derechos Humanos y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1996), considera que en los hogares desplazados un 30,78% de las mujeres asumen la condición de jefes de hogar. En tanto que para el Registro Único de Población Desplazada, de la Red de Solidaridad Social de la Presidencia de la República (2001), de 57.471 hogares analizados el 49,7% de ellos tenían jefatura femenina y un 50,3% la jefatura masculina. Cifras que contrastan con el resto de hogares colombianos en donde solo un 24% de las mujeres tienen bajo su responsabilidad la jefatura del hogar.

La mujer tiende a ocuparse como empleada doméstica, a desarrollar actividades dentro de la economía informal e incluso en la prostitución, llevando a una ruptura de su estilo de vida, así como de su rol y de su identidad social, dado que en su lugar de origen a pesar de desarrollar actividades domésticas y agrícolas generalmente no era quien tenía bajo su cargo la jefatura y el sostenimiento del hogar. (Meertens, 1995; Rueda, 1997; Procuraduría General de la Nación, 1999; Arquidiócesis de Bogotá-Codhes 1999; Giraldo y cols, 1999; Gómez, 2000; Lozano, 2000).

Osorio (1993) establece que en términos generales las responsabilidades económicas familiares se tornan insostenibles para los desplazados, ya que priman las condiciones de subsistencia resultándoles muy difícil la adquisición de un salario, debiendo acudir en la mayoría de las ocasiones a la economía informal. Los ingresos se reducen alcanzando una cifra promedio mensual de 217.711 Pesos Colombianos

(menos de 100 Dólares Americanos), cifra que se encuentra muy por debajo del salario mínimo legal vigente<sup>4</sup>.

Esta situación se agudiza si se tiene en cuenta que gran parte de los desplazados cuenta con estudios educativos muy básicos que no les permite ubicarse fácilmente desde el punto de vista laboral en la ciudad. Al respecto, la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (1999) estima que en el ámbito educativo, el 21,1% de los jefes de hogar no tienen ningún tipo de estudios formales, en tanto que el 64,4% han cursado la primaria de manera completa o incompleta. Para los demás miembros de la familia, la situación no resulta más favorable ya que un 38,4% no tiene ningún nivel de formación y solo cuenta con educación primaria un 48,7% de ellos.

La situación socioeconómica lleva a que la población que se encuentra en fase de transición no pueda acceder fácilmente a una vivienda, de allí que deba ubicarse en zonas marginales donde sus ingresos les permitan sostenerse. Por el hecho de construir sus propias viviendas en muchos casos con materiales de mala calidad o de ubicarse en sitios donde fallan casi todas las condiciones medioambientales. Sólo un 47% de ellos cuenta con servicios de acueducto, un 48% con servicio de recolección de basuras y un 23% con alcantarillado, enfrentando las consecuencias sanitarias de residir en viviendas no aptas para el desarrollo de una familia (Organización Internacional para las Migraciones, 2001)

En cuanto a las localidades donde generalmente se ubican, el estudio de la Arquidiócesis de Bogotá- Codhes (2001) reveló que Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito, San Cristobal, Rafael Uribe y Bosa, son las que tienen el mayor número de desplazados dentro de la ciudad de Bogotá. Destacándose para el año 2000 el incremento en las localidades de Kennedy, Fontibón, Engativá y Suba, indicando que el desplazamiento afecta principalmente al suroriente y suroccidente de la capital del país, que corresponden a las zonas con mayores índices de pobreza dentro de la ciudad.

---

<sup>4</sup> El Salario Mínimo Legal Vigente en Colombia para el año 2002 es de \$309.000 mensuales.

### **1.3 - Salud y desplazamiento**

#### **1.3.1 - Relación salud - violencia.**

Alrededor del concepto de salud han surgido muchas controversias ya que a pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) amplió su definición éste aún se considera estático. De allí que han surgido otras visiones que buscan complementar y conferir mayor importancia a factores medioambientales que inciden en su desarrollo<sup>5</sup>.

Son varios los determinantes que inciden sobre el nivel de salud de una comunidad. Piédrola (2001), citando a Tarlov, comenta que los estilos de vida, los determinantes ambientales y comunitarios, así como factores que provienen de la estructura macrosocial, de las políticas y de las percepciones poblacionales, inciden de manera favorable o en forma negativa sobre la salud de diversos colectivos.

Una situación en la que se observa una clara participación de estos determinantes es la violencia. De allí su importancia en relación a la salud de los afectados.

En lo que compete a la relación violencia - salud, Franco (1989) establece que se trata de una relación de negación, es decir, donde hay violencia pareciera que no hay salud o, desde otra perspectiva, la salud presupone la superación de la violencia. Sin embargo, para ampliar estas categorías introduce el término de proceso vital humano (salud- enfermedad- vida- muerte), en el cual integra lo biológico social con lo individual colectivo. De esta manera, considera que la violencia amenaza la vida ya que altera la salud en la medida en que produce enfermedad y pone a la muerte como realidad próxima, no solo desde el punto de vista individual sino también colectivo, aspectos en los que coincide con Terris.

---

<sup>5</sup> Se analiza el concepto de Milton Terris quien sugiere que existen diversos grados de salud como de enfermedad. La salud tiene un polo subjetivo que es la sensación de bienestar y otro objetivo que es la capacidad de funcionamiento. Sin embargo, considera la existencia de un continuo salud - enfermedad en el que la salud sería el polo positivo (elevado nivel de bienestar) y la enfermedad el polo negativo (muerte prematura), siendo tanto la una como la otra influenciadas por factores sociales, culturales, económicos y ambientales.

Bajo estos referentes, es necesario entender que el desplazamiento generado por un episodio violento como es el conflicto armado provoca por una parte la alteración negativa en la integridad del ser humano y, por otra, su repercusión sobre las instituciones que socialmente brindan servicios de salud para la población afectada por esta problemática.

### ***1.3.2 - Problemas de salud de la población desplazada.***

Colombia es un país que ha hecho esfuerzos por mejorar las condiciones de salud de su población. Sin embargo, como muchos de los países latinoamericanos, tiene una serie de problemas derivados de sus amplias brechas sociales, fallas en la asignación del gasto público y condiciones sociales y ambientales que favorecen la presentación de muchas enfermedades que hoy en día son prevenibles.

Según datos de la OPS (1999), dentro de los problemas de salud que se evidencian en la población en general sobresalen las lesiones por causa externa como consecuencia de su principal problema social: la violencia. Para la población adulta masculina se estima que después del trauma, la principal causa de morbilidad son las enfermedades degenerativas crónicas, y para la mujer las asociadas al período reproductivo. En los niños menores de cinco años las enfermedades prevenibles principalmente las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas constituyen el principal motivo de consulta.

Esta problemática no resulta ajena para la población desplazada ya que si a la situación de salud pública del país se le suman los eventos negativos que conlleva el desplazamiento, es de esperar que su estado de salud sufra un deterioro progresivo.

Para el caso específico de ésta población son múltiples los eventos negativos que influyen sobre su salud, como las largas jornadas de marcha, la pérdida de seres queridos durante el conflicto o como consecuencia de enfermedades no tratadas a tiempo, los cambios climáticos y de alimentación, entre otros aspectos. Así mismo, los lugares de asentamiento en ambientes de extrema pobreza (malas condiciones

medioambientales, fallas en el manejo de excretas, falta de acceso a una alimentación balanceada, violencia doméstica y cambios conductuales como consecuencia de los trastornos de la salud mental), la convierten en una población altamente vulnerable.

Tanto para el caso de la población desplazada de forma masiva y de aquellos que se encuentran reubicados, la OPS y el Ministerio de Salud (1999), reportaron el desarrollo de patologías infecciosas, desnutrición y trauma por violencia.

Otros estudios afirman que el mayor porcentaje de consultas médicas se da como consecuencia de infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, enfermedades de la piel y parasitosis intestinal, todas ellas con características epidemiológicas ligadas a la pobreza, el hacinamiento y a la falta de acceso a los servicios de salud. Cerca de un 80% de la población desplazada ha padecido alguna enfermedad en el hogar, principalmente gripe o catarro, fiebre y diarrea. (Morales, 1998; Organización Internacional para las Migraciones, 2001).

Estudios más recientes como el efectuado por la Gobernación del Valle del Cauca (2001), encontró que dentro de las primeras 4 causas de consulta están las patologías relacionadas con infecciones respiratorias, enfermedades de los dientes, de la piel y con atenciones a mujeres embarazadas.

Sin embargo, no existe unidad de criterios en los estudios consultados, ya que para el Secretario de Pastoral Social (2001) dentro de las principales enfermedades reportadas, se encuentra el dolor general con un 63,35%, seguido por las enfermedades cardiovasculares con el 9,58%; de piel con el 5,12%; respiratorias con el 3,44%, digestivas con el 1,19%, y con un escaso porcentaje del 0,39% las enfermedades de tipo psicosomático. Aspecto este último que llama la atención si se tiene en cuenta que el desplazamiento unido a la violencia del conflicto armado en otros países o incluso a nivel nacional, reporta un alto compromiso de la salud mental de los individuos.

Para el caso de la población desplazada en Colombia, estudios efectuados en el área de salud mental revelan que la presencia de trastorno psiquiátrico es más frecuente en las mujeres (76%) siendo la más representativa la depresión mayor. En los hombres se presentan trastornos psiquiátricos en un 55% de los casos, siendo el más frecuente el estado de ánimo depresivo. Los síntomas referidos por la población son preocupación constante, debilidad, insatisfacción frente a los proyectos de vida, intranquilidad, dificultad para dormir, nerviosismo, irritabilidad y dolores de cabeza (Levav, 1993; Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud, 2001).

Otro problema que padece la población desplazada como consecuencia del cese de las ayudas de emergencia y de la generación de una subsistencia independiente, es la disminución del consumo calórico. Se ingieren alimentos más económicos y a su vez, con valores nutricionales más bajos, lo que favorece la pérdida de peso y la presencia de desnutrición, convirtiéndose en un grave problema de salud pública en todo el mundo pero principalmente en países de baja renta como es el caso de Colombia. (Programa Mundial de Alimentos Colombia, 2001; Primer Encuentro de Responsables de Nutrición de Organizaciones de Ayuda Humanitaria en Colombia, 2001).

En los adultos se evidencian consecuencias directas de la desnutrición sobre el rol social, ocupacional y su bienestar emocional (Williamson, 1989; Zatzick 1997; Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud, 2001).

La mujer es otra de las grandes víctimas del desplazamiento en Colombia viéndose afectada por el trauma propio de los hechos violentos, por la pérdida de sus seres queridos y de sus bienes de subsistencia y por el desarraigo social de llegar a un medio urbano desconocido, que le obliga en la mayoría de los casos a asumir la jefatura del hogar. También son frecuentes los reportes de violencia sexual y doméstica, la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, la maternidad temprana y trastornos en su salud mental como consecuencia del conflicto armado y del posterior desplazamiento (Segura, 1998; Tobón, 1998; Meertens, 1998).

Según la OPS, estos problemas deben tenerse en cuenta ya que en Colombia las mujeres provenientes de estratos socioeconómicos bajos no sometidas a situación de desplazamiento, ya tienen un inicio de su actividad sexual entre los 11 y los 18 años, y sobre todo en las grandes ciudades, lo que hace que más del 10% de las mujeres entre 15 y 19 años ya sean madres. Por otra parte en lo que se refiere a violencia intrafamiliar las mujeres de 25 a 34 años y los hombres de 5 a 14 años son los que presentan las tasas más altas de violencia familiar. Sin embargo es bien sabido que el desplazamiento se ha constituido en un factor de riesgo para el incremento de la maternidad temprana y mayor violencia tanto sexual como psicológica para la mujer desplazada.

Sin embargo, a pesar de los resultados de los diversos estudios, un análisis mas exacto del impacto que tiene el desplazamiento por conflicto armado solo será posible cuando todas sus consecuencias sean registradas en adecuados sistemas de información. La Corporación Salud y Desarrollo (1997) establece que el completo registro y conocimiento de las repercusiones que tiene la violencia sobre la salud del individuo depende de la percepción que se tenga del acto como delito, de la gravedad de la lesión, de la confianza en las instituciones para denunciarlo y de la decisión de la víctima por hacerlo; situaciones todas que en Colombia constituyen uno de sus principales obstáculos, ya que existe temor de informar y describir los hechos tal y como sucedieron.

La Red de Solidaridad Social (2002) reconoce que en Colombia, a pesar de que varias instituciones se han interesado por el estudio de la población desplazada en ellas ha primado una mirada estadística, mientras que el seguimiento sistemático de esta dinámica a nivel cualitativo no ha logrado implementarse.

### ***1.3.3 - El Sistema de Seguridad Social en Salud frente a la población desplazada***

La Ley 100 de 1993, que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para Colombia, establece en su Título I, Artículo 152 que dentro de sus

objetivos están el regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio, en todos los niveles de atención.

Para ello en su título II, artículo 157, hace referencia al tipo de participantes que tendrá el sistema: por una parte los afiliados y por otra los vinculados. En cuanto a los afiliados al sistema pertenecen a éste, tanto los del régimen contributivo: que son las personas vinculadas mediante contrato de trabajo, pensionados, trabajadores del Estado, y los trabajadores independientes con capacidad de pago; así como los de régimen subsidiado: que son las personas más pobres y vulnerables de las zonas rurales y urbanas del país, sin capacidad de pago para el monto de cotización que establece la ley, y que son financiados por los subsidios estatales así como por los recursos de los afiliados en la medida de su capacidad, siendo identificados a través del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN)<sup>7</sup>. En cuanto a las personas vinculadas al sistema, son todos aquellos que por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tienen derecho a los servicios de atención en salud, que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas, que tengan contrato con el estado.

El SGSSS opera en el régimen subsidiado de forma descentralizada por parte de los departamentos, distritos y municipios que asumen la financiación, en concurrencia con la Nación (con recursos de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga–), de un Plan obligatorio de salud –POS-S– para estas personas. Este plan es administrado por entidades creadas especialmente para ello (empresas promotoras de salud –EPS–, administradoras del régimen subsidiado (ARS) y empresas solidarias de salud (ESS), las cuales contratan servicios y representan a los usuarios ante las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) (Ministerio de Salud, 2000).

---

<sup>7</sup> El Sisbén es una herramienta diseñada por el Gobierno Nacional para lograr equidad. Está conformado por un conjunto de reglas, normas y procedimientos para obtener información socioeconómica confiable y actualizada de grupos específicos en todos los departamentos, distritos y municipios del país. Busca focalizar el gasto público para garantizar que sea asignado a los grupos de población más pobres y vulnerables mediante su participación en programas sociales en las áreas de salud, educación, bienestar social, entre otras.

Con el ánimo de poder brindar una mayor atención a toda la población, el POS-S (Plan Obligatorio de Salud Subsidiado) fue diseñado para responder a las necesidades de la población más pobre y vulnerable. El POS-S contiene acciones individuales, familiares y colectivas de las cuales seis corresponden al Plan Básico y uno a las enfermedades de alto costo. La Ley incluye dentro del Plan Obligatorio de Salud acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que ejecutadas desde el gobierno local deberán llegar de manera gratuita a toda la comunidad y responder a las necesidades expresadas por la misma. En el Plan de Atención Básico en Salud (PAB), que es de carácter gratuito y obligatorio de responsabilidad del Estado, la totalidad de las acciones son de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dirigidas a la comunidad en general. Todos los inscritos al sistema tienen derecho a recibir un PAB que contiene atención de urgencias, hospitalización, consultas y medicamentos ( Ministerio de Salud, 2000).

En cuanto a la cobertura y atención en salud para la población desplazada, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, promulgó el Acuerdo Número 59 del 29 de abril de 1997. Por el cual se declara como evento catastrófico el desplazamiento masivo de población por causa de la violencia y se adoptan otras medidas relacionadas, al mismo tiempo que establece en su Artículo 2º que “los desplazados por la violencia tendrán derecho a recibir los servicios de salud necesarios para la atención oportuna de la enfermedad derivada de la exposición a riesgos inherentes al desplazamiento, con sujeción a lo establecido en el Artículo 167 de la Ley 100 de 1993, y en el Decreto 1283 de 1996” ( Ministerio de Salud, 2000).

Estos elementos fueron el marco para que dentro de la Ley 387 de 1997, se estableciera en su Título II, la creación, constitución y objetivos del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada, del cual hacen parte diversas instituciones públicas, privadas y comunitarias entre ellas el Ministerio de Salud y la Red de Solidaridad Social, que es el ente coordinador. Así mismo promulga en su Artículo 19 que “el Sistema General de Seguridad Social en Salud implementará mecanismos expeditos para que la población afectada por el desplazamiento acceda a los servicios de asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica,

hospitalaria y de rehabilitación, de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993” (Diario Oficial, 1997)

Dentro de las competencias que desarrolla la Red de Solidaridad Social está el manejo de la Red Nacional de Información para la Atención a la Población Desplazada que comprende el Registro Único de Población Desplazada, en particular su componente Sistema Único de Registro (SUR), y el Sistema de Estimación del Desplazamiento Forzado por Fuentes Contrastadas (SEFC).

El Sistema Único de Registro fue diseñado para que las personas desplazadas presenten ante la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, las Personerías Municipales o Distritales, o cualquier despacho judicial, en un plazo no superior a un (1) año de la ocurrencia de los hechos, una declaración de las circunstancias que ocasionaron su desplazamiento, para, de acuerdo con la ley, ser incluidas en el Registro Único de Población de Desplazada y acceder a los beneficios que la ley establece para esta población; entre ellos, el otorgamiento de la Carta de Salud que les permite acceder a las instituciones de salud estatales o privadas con las cuales existen convenios para poder recibir atención en salud, una vez la Unidad Territorial de la Red de Solidaridad Social haya recibido la declaración efectuada por el desplazado ( Red de Solidaridad Social, 2002).

#### **1.3.3.1 - Acceso a los servicios de salud por parte de la población desplazada**

La Ley 100 de 1993 que rige el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia busca garantizar la cobertura de toda la población dentro del Sistema. Sin embargo, los indicadores sociodemográficos demuestran que a pesar de la mejora que ha existido entre los años 1970-1975 y de 1990 a 1995, aún se evidencian muchos problemas de acceso a los servicios de salud derivados de las desigualdades sociales. Alrededor de un 42,81% de la población no se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud tal como lo demuestra la Encuesta Nacional de Calidad de Vida efectuada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (1997).

Las desigualdades que se evidencian en todo el territorio colombiano, se ven incrementada frente a situaciones de desplazamiento, en donde la mayoría de los afectados deben radicarse en zonas urbanas que no les garantiza la satisfacción de sus principales necesidades, aumentando de ésta manera el círculo de pobreza del país.

Adicional a ello, la oferta que presenta el Estado resulta insuficiente para cubrir las necesidades que demanda la población desplazada, ya que el 100% de ellos tiene por lo menos una necesidad básica no satisfecha, y la mitad de la población tres o más. Las necesidades más importantes por cubrir son: alimentación (16,80%), trabajo (13,72%), atención en salud y medicamentos (12,78%), alojamiento (11,49%) y educación (9,92%). (Organización Internacional para las Migraciones, 2001; Conferencia Episcopal Colombiana, 2001).

Es común encontrar que los desplazados tienen mayor vulnerabilidad en cuanto a salud se refiere, dado que pierden la asistencia médica al Sisbén. Una de las razones fundamentales para ello son los problemas burocráticos para la entrega de un carnet por ser de diferentes cabeceras municipales o la programación de una visita domiciliaria para la carnetización. Por otra parte, la mayoría no está afiliado a una Aseguradora de Régimen Subsidiado o encuentran que la oferta de recursos de salud les resulta insuficiente o no está dirigida proporcionalmente hacia la población desplazada (Díez, 1997; Ramos y González; 1999).

De Currea (2000) encontró que hasta finales de 1996 sólo el 1.28% de los desplazados había recibido algún tipo de atención médica en el país, en tanto que Muggah (1999) indica que un 84% de la población desplazada no cuenta aún con servicio de salud y aquellos que sí los han recibido se quejan de su baja calidad.

Otros estudios reafirman que para la población desplazada la inaccesibilidad es grande: sólo el 22,1% tienen acceso a los servicios de salud, además de que en otros casos existen dificultades de acceso territorial en zonas donde el conflicto armado o la

ubicación geográfica, no permite el acceso a las instituciones de salud (Sistema de Información y Análisis sobre Reforma del Sector Salud, 1998).

Es común encontrar que en algunos municipios no se cuenta con los medios para atender a la población desplazada ni a la que residía previamente en ella. De allí que para un servicio básico como es la atención en salud el 51% de la población desplazada es atendida en un tiempo mayor a una semana y el 40% en un tiempo superior a dos semanas, lo que demuestra dificultad para acceder a los servicios de salud (Procuraduría General de la Nación, 1999).

Esta situación deja ver que existe un gran desequilibrio entre las necesidades que tiene la población desplazada y la capacidad del Estado para responder a las mismas, ya que el 75.5% del total de la población desplazada no cuenta con servicio de salud mientras que el 72.74% reclama como necesidad primordial en este campo el servicio médico, el 14.95% atención psicológica y el 3.27% rehabilitación física (Codhes, 1999).

#### ***1.3.4 - Oferta de programas de prevención para la población desplazada***

Las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad deben comprender todas aquellas actividades dirigidas al fomento y a la defensa de la salud y a la prevención de la enfermedad mediante acciones individuales y colectivas. Estos programas deben desarrollar estrategias de vigilancia, y de prevención y control de diferentes factores de riesgo o de enfermedades ya establecidas, mediante una clara adecuación de la gestión en el sector sanitario, que conlleven a intervenciones eficientes y equitativas socialmente (Piédrola, 2001).

Uribe y Paredes (1998) plantean que, si bien la Ley 100 de 1993 que rige el Sistema de Seguridad Social en el país, buscó mejorar la prestación de servicios de salud, los resultados no han sido del todo satisfactorios, ya que por una parte la cobertura de atención en la parte curativa continúa siendo muy reducida, y por otra, se están

descuidando programas de salud pública orientados al control de enfermedades endémicas y epidémicas.

En cuanto a la situación de la mujer, Profamilia (2001) reveló en la Primera Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginales, sobre la situación de las mujeres desplazadas en Colombia que los programas de promoción y prevención son conocidos entre un 4 y 5% de las entrevistadas, coincidiendo así mismo con la baja participación de las mujeres en sesiones educativas de prevención, ya que entre 88 y un 97% no han asistido a ninguna charla sobre salud básica familiar ni sobre salud sexual y reproductiva. Las adolescentes desconocen en mas de un 90% las enfermedades de transmisión sexual, constituyéndose en un problema serio si se tiene en cuenta que el desplazamiento fomenta la promiscuidad. Esta problemática se une a la descrita por Morales y Torres (1998), quienes encontraron que en el departamento de Antioquia, programas como el de control prenatal solo lo recibe una de cada tres desplazadas que se encuentran embarazadas.

Otros programas de prevención dirigidos a población adulta, no muestran diferencias significativas ya que se ha observado que en algunos de ellos como los del manejo de enfermedades crónicas trazadoras, tamizaje de cáncer de seno o cérvix y prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas, la participación es muy reducida (Morales y Torres, 1998).

En otros servicios como la salud oral se evidencia que solo un 6.3% de las personas acuden a los servicios de odontología, lo que evidencia poca demanda del servicio o baja prestación hacia la población desplazada (Morales y Torres, 1998).

Todo lo anterior denota una brecha entre las necesidades de la población desplazada y la oferta de programas existentes, ya que la mayoría de ellos están diseñados dentro de un marco estatal que busca cubrir políticas de prevención para la población en general, pero que no han sido adaptados a los problemas específicos de la triada de violencia, desplazamiento y condiciones precarias de vida. Por tanto, se requiere

que los gestores en salud adapten los programas a las verdaderas necesidades que presenta ésta población y faciliten el acceso a sus servicios.

#### **1.4 - Importancia del estudio.**

El gobierno nacional, a través de la Red de Solidaridad Social de la Presidencia de la República, establece en su plan estratégico de atención a la población desplazada (1999- 2002), que es necesario el reconocimiento, el respeto y la valoración de los diferentes grupos poblacionales, de sus intereses de desarrollo, así como de los principales mecanismos de satisfacción, buscando promover su estudio y el desarrollo de propuestas que conduzcan al mejoramiento de la calidad de vida de esta población.

Aunque han sido diversas las investigaciones que se han hecho en torno al desplazamiento, aún no se ha logrado tener una buena aproximación a su problemática en salud. Existe disparidad entre los informes publicados a nivel oficial con los desarrollados por otras instituciones, debido en gran parte a las fallas en la notificación que se hace de los eventos, a la falta de unidad de criterios metodológicos para el levantamiento de la información y al temor que existe en la población por dar a conocer su situación.

De allí que, aunque parte de la problemática de salud de los desplazados pueda resultar semejante a la de la población colombiana que se encuentra en similares condiciones socioeconómicas, existen otros aspectos provenientes del entorno que han dificultado su resolución, y que ameritan ser estudiados a fin de facilitar el desarrollo de propuestas conducentes al mejoramiento de la calidad de vida y de la salud en especial, permitiendo la adaptación de los programas existentes o la generación de propuestas innovadoras que partan del reconocimiento de las necesidades expresadas por esta población.

La mayoría de los estudios han centrado sus esfuerzos en evaluar la magnitud de la problemática de salud que arroja el desplazamiento en términos eminentemente

cuantitativos, brindando menos importancia a la información procedente de los afectados que, sin duda, permitiría entender de una manera global la problemática de salud y de la atención en salud de esta población así como a identificar las causas que subyacen a una baja eficacia en los programas ofrecidos.

Desde el punto de vista metodológico este estudio reconoce que existen diversos mecanismos que permiten la construcción del conocimiento. Encuentra un valor significativo al proceso de la comunicación humana, ya que es allí donde se descubren elementos subjetivos que ayudan a la interpretación de la realidad, aspectos que son sustentados desde la propuesta teórica del construccionismo social, frente al desarrollo de estudios con poblaciones humanas.

Se decidió plantear este estudio en adultos desplazados que se encuentran en fase de transición, ya que es en ésta fase, cuando deben promoverse mayores estrategias de intervención dado el nivel de problemática que presentan. Por otra parte, no se puede olvidar que en esta fase se comienzan a desarrollar mecanismos de subsistencia independientes, al cesar las ayudas humanitarias de emergencia, provenientes tanto de instituciones estatales como de diversas ONG's.

Finalmente, desde el punto de vista académico, al constituirse el desplazamiento por conflicto armado en uno de los problemas sociales más graves que tiene Colombia, que trasciende a diferentes sectores de la vida nacional, resulta perentorio para la salud pública plantearse investigaciones que aporten al entendimiento de su dinámica y a la solución de sus problemas (De los Ríos 1990).

De allí que al ser la capital de la república una de las áreas geográficas que recibe el mayor flujo migratorio del país, se hace necesario reconocer ¿Cuál es la percepción que tienen hombres y mujeres adultos desplazados por conflicto armado que se encuentran en fase de transición frente a sus principales necesidades en salud?, ¿qué estrategias utilizan hombres y mujeres adultos desplazados para la resolución de sus principales problemas de salud?



---

## **2 OBJETIVOS**

---

### ***2.1 - Objetivo General***

Identificar las necesidades en salud que perciben hombres y mujeres adultos que fueron desplazados como consecuencia del conflicto armado.

### ***2.2 - Objetivos Específicos***

- Reconocer los principales problemas de salud que son referidos por la población adulta desplazada que se encuentra en fase de transición en la ciudad de Bogotá.
- Identificar la percepción de las principales necesidades de atención en salud que tienen hombres y mujeres adultos desplazados.
- Determinar los principales mecanismos de solución que utiliza la población desplazada adulta frente a sus problemas y necesidades en salud.

---

### **3 DISEÑO METODOLOGICO.**

---

#### **3.1 - Tipo de Estudio**

Se realizó un estudio descriptivo de tipo exploratorio, cuya metodología pertenece al enfoque cualitativo de la investigación social. En este tipo de metodología se desarrollan descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. (Pérez, 1994; Ruiz, 1999; Pizarro, 2000).

Según Pérez (1994), la metodología cualitativa tiene como características las siguientes: el conocimiento se construye a partir de los significados de los seres humanos en interacción. En consecuencia, se debe tener en cuenta su vida cotidiana ya que es precisamente en ella donde desarrollan sus procesos comunicativos. El carácter de la investigación se fundamenta en la realidad, es decir, tiene en cuenta las propias palabras de las personas, profundiza en los diferentes motivos de los hechos y considera que los significados que construyen los sujetos están determinados por sus formas de vida.

El estudio fue desarrollado entre los meses de marzo y abril de 2002

#### **3.2 - Area de estudio.**

El estudio fue desarrollado en Bogotá que además de ser Distrito Capital, se constituye en capital de la República. La ciudad está dividida en 20 Localidades, las cuales corresponden a áreas o zonas geográficas que delimita el Concejo Distrital para efectos administrativos. Cada localidad está conformada a su vez por barrios y cuenta con su propia forma de gobierno: las Juntas Administradoras Locales (JAL) conformadas por ediles y las alcaldías locales.

Las 20 localidades de Bogotá son: Antonio Nariño, Barrios Unidos, Bosa, Chapinero, Ciudad Bolívar, Engativá, Fontibón, Kennedy, La Candelaria, Los Mártires, Puente

Aranda, Rafael Uribe, San Cristóbal, Santa Fé, Suba, Sumapaz, Teusaquillo, Tunjuelito, Usaquén y Usme ( Ver Anexo. 2. Mapa de Bogotá).

La población de estudio residía en distinto barrios de cinco localidades de Bogotá: Bosa, Ciudad Bolívar, Engativá, Tunjuelito y Usme.

Dentro de las caracterización de sus barrios cabe destacar que en su gran mayoría se encuentran en situación de pobreza, que según el Departamento Administrativo de Planeación Distrital corresponden a: “conglomerados de viviendas carentes de una planeación previa, construidas en materiales frágiles y de corta vida, que no siempre cumplen con la condición de aislar completamente las inclemencias naturales. También, puede tratarse de viviendas con materiales resistentes pero de mínimo tamaño, sin espacios destinados específicamente para la cocina, baño o lavado de ropas. Estas viviendas presentan alta densidad habitacional, que no garantiza del todo la intimidad personal o familiar de sus habitantes. Los espacios públicos, tales como andenes y vías, están restringidos al máximo. En su entorno inmediato se encuentran casi siempre aguas negras, basuras y animales a la deriva. Con frecuencia, están ubicadas en áreas que presentan problemas de riesgo natural, por el peligro virtual o real de deslizamientos, inundaciones, terrenos pantanosos, etc”. (Departamento Administrativo de Planeación Distrital, 2000).

Por otra parte el hecho de no haber contado con un proceso planificado de urbanización ha hecho que muchos de los habitantes de estas zonas entre ellos la población desplazada, se encuentre marginada de muchos servicios sociales y públicos, constituyéndose en zonas de alto riesgo, con un deterioro de sus condiciones ambientales y con un espacio público insuficiente, aspectos todos que llevan a una disminución de la calidad de vida de sus habitantes.

### **3.3 - Método**

Como método de investigación se utilizó la entrevista que consiste en “una conversación entre dos personas para una determinada finalidad” (Balcells, 1994). La

entrevista es una conversación durante la que se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas (Ruiz, 1999).

En cuanto a la clase de entrevista se optó por la entrevista individual de tipo semiestructurado. Este tipo de entrevistas utiliza una guía pero sin que ésta se constituya en un protocolo estructurado. Se trata de una lista de temas generales que deben cubrirse con cada informante. Cuando se presentó el momento de la entrevista la investigadora decidió como enunciar las preguntas y cuando formularlas. La guía sirvió para recordar que se debían hacer preguntas sobre ciertos temas. De esta manera no hubo una secuencia de preguntas para todos los entrevistados, sino que se formularon en términos que resultaran familiares para el entrevistado y en su ambiente natural, en este caso en sus respectivos hogares.

Los temas que fueron abordados fueron: cambios observados en la salud posterior al desplazamiento, principales problemas en salud, identificación de las causas de los problemas percibidos, necesidades de atención en salud, conocimiento del Sistema de Seguridad Social en Salud, mecanismos de solución para los problemas de salud percibidos ( Ver anexo 1. Guía de entrevista).

Se hizo una grabación de cada una de las entrevistas desarrolladas, además de las notas que llevó a cabo la entrevistadora, en conjunto con otra colaboradora, quien era una estudiante de último año de la facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano de la Universidad del Rosario. Las entrevistas tuvieron una duración entre 30 y 90 minutos.

Las notas de campo fueron utilizadas para contrastar las grabaciones efectuadas y por otra parte para tomar información de conversaciones que se llevaron a cabo en sesiones diferentes a la de la entrevista.

Se asignó un número a cada entrevista, para poderla identificar pero manteniendo su confidencialidad. A continuación se transcribió de manera textual.

### **3.4 - Análisis de Datos.**

El análisis de datos cualitativo consiste “en reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar la información con el fin de obtener una visión lo mas completa posible de la realidad objeto de estudio” (Pérez, 1998).

Para el análisis de los datos se acudió a la técnica cualitativa de análisis del contenido, que hace parte del enfoque narrativo que analiza el contenido del discurso según las bases teóricas de la escuela crítica, el posmodernismo y el constructivismo.

Estos enfoques confieren especial interés a todos los fenómenos mediados por la comunicación humana (Ruiz, 1999), no buscando verdades últimas sino relatos, teniendo en cuenta el punto de vista de los implicados (Valles, 2000), el interés particular por conocer como se desarrollan los sujetos y el sentido que tiene el entorno (Pakman, 1996).

Para el análisis de los contenidos, los datos fueron segmentados de manera manual. Se leyeron las transcripciones de cada entrevista, se subrayaron aquellos fragmentos textuales que fueron identificados como pertenecientes a una categoría teniendo en cuenta los guiones que fueron utilizados así como las temáticas emergentes en las entrevistas. Al margen se hicieron anotaciones de cada una de las categorías estableciendo para ello un código descriptivo, es decir atribuyendo un contenido a cada segmento del texto señalado.

A continuación se desarrolló un proceso de clasificación de los contenidos de cada entrevista que hacían referencia a las categorías desarrolladas, elaborando para ello una serie de matrices, y estableciendo de esta manera un patrón de datos.

Posteriormente se crearon subcategorías que resultaron de la agrupación de las respuestas que presentaban algún tipo de similitud.

Para el análisis los entrevistados fueron divididos en cuatro grupos: hombres jóvenes, hombres mayores, mujeres jóvenes y mujeres mayores, de esta manera se hizo una segunda clasificación de los contenidos de cada una de las categorías desarrolladas de acuerdo con el grupo a que pertenecían, buscando establecer semejanzas o diferencias entre los grupos de informantes.

La presentación y descripción de los resultados se hizo teniendo en cuenta los temas abordados: principales problemas de salud, identificación de las causas de los problemas en salud, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, acceso a los servicios de salud, necesidades de atención en salud y mecanismos de solución para los problemas de salud.. En cada área se indican las semejanzas y diferencias de opinión entre los cuatro grupos de informantes. Los resultados se presentan de manera descriptiva y no de manera cuantitativa, ya que se trata de estudio en el que utilizó una metodología cualitativa. En aquellos casos en que existió coincidencia entre las respuestas de los informantes se indica con expresiones tales como una gran parte, todo/as, la mayoría, poco/as, alguno/as, un/a.

El análisis fue desarrollado por la investigadora.

### ***3.5 - Alcances del estudio***

Dado el tipo de estudio y la metodología utilizada, el muestreo no puede ser considerado representativo en términos estadísticos, su propósito es obtener el máximo posible de variación en las respuestas. El estudio no mide la extensión de un fenómeno, ni sus resultados son generalizables a toda la población adulta desplazada de la ciudad de Bogotá.

### ***3.6 - Diseño muestral***

Los estudios cualitativos estudian uno o pocos individuos en situaciones reducidas. Teniendo en cuenta los objetivos del estudio, se realizó un muestreo intencional o propositivo, que es aquel en el que los sujetos de la muestra no son elegidos siguiendo las leyes del azar, sino de manera intencional (Ruiz, 1999). Dentro de éste

se utilizó el de carácter opinático, el cual se caracterizó porque la investigadora seleccionó a los informantes que constituyeron la muestra teniendo en cuenta los criterios definidos.

En este tipo de estudios no se buscan muestras representativas desde el punto de vista estadístico para llevar a cabo inferencias sobre la población en general, sino opiniones de las personas que representen la opinión de su grupo de referencia. El investigador selecciona casos adicionales o interrumpe su selección, en función de la capacidad potencial de profundizar en su conocimiento. Por eso, el número de casos a seleccionar resulta secundario, ya que dependen a la calidad y contenido de las respuestas. (Ruiz, 1999; March y cols, 1999; Ribot y cols, 2000).

### **3.6.1 - Selección de la muestra**

Se hizo una selección intencional de los informantes, buscando reflejar las diferentes características de los desplazados adultos ubicados en la ciudad de Bogotá y recoger el máximo posible la variedad en sus opiniones (Miles and Huberman, 1994; Taylor y Bogdan, 1996).

Los criterios utilizados para la selección de los entrevistados fueron: ambos sexos, edad superior a 17 años, encontrarse en fase de transición dentro de su desplazamiento y haber elegido como lugar de reasentamiento la ciudad de Bogotá

Una vez establecidos los criterios, se estableció contacto con el Centro de Atención al Migrante, fundación que pertenece a la Arquidiócesis de Bogotá y que en la actualidad se constituye en uno de los principales centros de recepción de población desplazada de la capital de la república, que estableció dos tipos de mecanismos para el contacto inicial con dicha población. Por una parte suministró una lista telefónica de personas que habían recibido atención por parte del Centro y que cumplían con los criterios de selección, a éste grupo se les contactó telefónicamente y se acordaron horarios y días de visita a sus respectivos lugares de residencia. En segunda instancia se llevó a cabo una reunión de carácter informativo sobre los objetivos del

estudio con un grupo de personas que se encontraban en proceso de capacitación en el Centro de Atención al Migrante, y con las personas que voluntariamente decidieron participar en el estudio se estableció igualmente fecha y hora de visita a su hogar para llevar a cabo la entrevista respectiva.

Se hizo la respectiva visita, realizando la entrevista y en aquellos casos en que se consideró oportuno profundizar en otros elementos o establecer una comunicación mas clara, se realizó una segunda visita domiciliaria.

### **3.6.2 - Características de los informantes.**

En total fueron entrevistados 31 desplazados, de los cuales 18 eran mujeres y 13 hombres, cuyas edades oscilaron entre los 17 y 79 años. El nivel de formación académica varió desde el analfabetismo hasta estudios superiores. Tanto hombres como mujeres provenían de diferentes zonas del país siendo el departamento de mayor expulsión el Tolima. Refirieron como agentes expulsores los grupos armados de guerrilla y paramilitares y en algunas ocasiones los enfrentamientos entre estos actores. El tiempo de reasentamiento varió desde 2 meses hasta 3 años, la mayor proporción de los desplazados tenía como ocupación previa el desarrollo de actividades agrícolas, en tanto que en la actualidad la mayoría se encuentra desempleado ( Tablas 3-8).

Tabla 3. Sexo de los informantes según grupo etáreo

Sexo	Grupo etáreo		TOTAL
	Jóvenes (17-43 años)	Mayores (45-79 años)	
Hombres	9	4	13
Mujeres	11	7	18
<b>Total</b>	20	11	31

n=31

Tabla 4. Formación básica de los informantes según sexo

Formación básica	Sexo		TOTAL
	Hombres	Mujeres	
Estudios Universitarios	1	1	2
Estudios tecnológicos	1	1	2
Bachillerato completo	2	2	4
Bachillerato incompleto	3	3	6
Primaria completa	3	4	7
Primaria incompleta	2	6	8
Analfabeta	1	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>31</b>

n=31

Tabla 5. Ocupación actual según sexo

Ocupación actual	Sexo		TOTAL
	Hombres	Mujeres	
Desempleado	8	10	18
Vendedor ambulante	3	2	5
Estudiante	1	1	2
Empleo temporal	1	1	2
Empleada doméstica	-	4	4
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>31</b>

n= 31

Tabla 6. Agentes expulsos según sexo

Grupo Armado	Sexo		TOTAL
	Hombres	Mujeres	
Guerrilla	5	8	13
Paramilitares	4	7	11
Guerrilla- paramilitares	4	3	7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>31</b>

n= 31

Tabla 7. Tiempo transcurrido en fase de transición según sexo

Tiempo transcurrido en Fase de transición	Sexo		TOTAL
	Hombres	Mujeres	
1-3 meses	1	2	3
4-6 meses	5	6	11
7-9 meses	4	3	7
10-12 meses	0	3	3
13- 24 meses	2	2	4
Más de 24 meses	1	2	3
<b>Total</b>	13	18	31

n=31

Tabla 8. Procedencia de los informantes según sexo

Departamento de Procedencia	Sexo		TOTAL
	Hombres	Mujeres	
Tolima	4	9	13
Guaviare	2	3	5
Cundinamarca	2	1	3
Chocó	1	2	3
Valledupar	1	-	1
Caldas	1	-	1
Antioquia	1	-	1
Santander	1	-	1
Bolívar	-	1	1
Valle del Cauca	-	1	1
Norte de Santander	-	1	1
<b>TOTAL</b>	13	18	31

n=31

### **3.7 - Limitaciones del estudio.**

Como principales dificultades para la realización del estudio se encontraron:

- El clima social y político del país. El estudio fue desarrollado dos meses antes de la elecciones presidenciales, coincidiendo con el incremento de las acciones de violencia por parte de los grupos armados. Esta situación llevó a que una gran

parte de los entrevistados refiriera temor por dar a conocer aspectos que de una u otra manera sentían podría afectar su integridad personal.

- Dificultades de acceso a algunos de los barrios por falta de transporte público o fallas en la nomenclatura urbana. Los desplazados asentados en la ciudad de Bogotá, dadas sus circunstancias económicas se ubican la mayoría de las veces en zonas marginales de la capital, muchas de las cuales son barrios de invasión en donde el acceso se dificulta por la falta de transporte urbano. Igualmente al ser antiguas áreas rurales que se han integrado a la ciudad, han tenido modificaciones en la nomenclatura urbana, lo que dificultó su acceso en algunas oportunidades.
- La dispersión geográfica de los entrevistados. Para este estudio hubo necesidad de abordar a los entrevistados en sus lugares de residencia, las cuales se encontraban ubicadas en diferentes barrios de las localidades de Tunjuelito, Bosa, Ciudad Bolívar y Engativá, caracterizándose cada una de ellas por su gran extensión, aspecto que implicó un mayor tiempo en los traslados de la investigadora de una localidad a otra.
- Presencia de un miembro de la familia o amigos en el momento de la entrevista. Dado que el desplazamiento se ha dado en algunas circunstancias por amenazas directas hacia los sujetos o sus familias y que aún estando en la ciudad, consideran que continúan en riesgo; algunos de ellos optaron por estar acompañados en el momento de la entrevista. Esta situación hizo que en algunos casos no se pudiera dar una comunicación fluida entre el entrevistado y la entrevistadora.

---

## **4 PRESENTACION DE RESULTADOS**

---

En cuanto a los resultados obtenidos se hará una descripción general de los principales hallazgos obtenidos en cada una de las temáticas abordadas, teniendo en cuenta las semejanzas existentes en las respuestas de los entrevistados. Estos aspectos se presentan con los términos: la mayoría, una gran parte, alguno(a)s, uno(a)s poco(a)s, uno(a)s, en tanto que para los casos en que existen diferencias de opinión éstas se describen al final de cada apartado.

Los resultados describen los problemas de salud que refirieron los entrevistados tanto aquellos que fueron provocados como consecuencia directa del desplazamiento, así como los que son comunes a la población en general pero que ameritan su atención. De igual manera se presentan las causas que los entrevistados refieren como el origen de sus afecciones de salud. Frente a la situación actual de afiliación al Sistema de seguridad Social en Salud se muestran las apreciaciones de todos los grupos así como los problemas que tienen para el acceso a los servicios de salud. Finalmente se describen las necesidades de atención a la salud que manifiesta la población desplazada y las estrategias de solución que utilizan frente a sus principales problemas de salud.

### ***4.1 - Principales problemas de salud.***

Al preguntar a los informantes sobre sus principales problemas de salud, se encontraron semejanzas entre los diversos grupos. Como eventos directamente relacionados con el desplazamiento se encuentran: el compromiso de la salud mental, los problemas con la alimentación, gastrointestinales, respiratorios y los presentados durante la gestación. Sin embargo existen otro tipo de afecciones como las musculoesqueléticas, cardiovasculares, y de visión, que son descritos por desplazados de algunos de los grupos pero que reconocen no son consecuencia directa del desplazamiento.

Las mujeres refieren gran incidencia de problemas ginecológicos, que tampoco correlacionan con su situación actual.

#### **4.1.1 - Problemas de salud derivados del desplazamiento.**

El desplazamiento provoca en opinión de los entrevistados dos grandes problemas: los relacionados con la salud mental y los derivados de los problemas alimenticios. Sin embargo existen otros como los dolores de cabeza, gastrointestinales, respiratorios y psicosociales, que aunque se presentan en menor proporción, también son reconocidos por la población en estudio.

##### **4.1.1.1 - Compromiso de la salud mental**

El problema de salud mental es referido por la población desplazada, como una serie de eventos negativos que afectan al individuo y a su grupo familiar. Aunque algunos informantes no lo definen como un problema en sí mismo, si describen las consecuencias que trae sobre ellos como son: estrés, tristeza, cambios de temperamento, nerviosismo, ansiedad y trastornos del sueño.

- **Estrés**

Es uno de los problemas que para la gran mayoría de los entrevistados afecta su salud. Hacen referencia al estrés utilizando en su lenguaje términos como “tensión”, “preocupación”, “intranquilidad”, y que generalmente asocian al tipo de vida que están llevando.

La mayoría de las mujeres tanto jóvenes como mayores hacen referencia al estrés como una situación que las afecta básicamente en el plano individual (*“mi salud, como regular muy regular porque pues, de todas maneras si, estos problemas me han afectado, entonces siempre hay algo que está ahí molestándome siempre hay algo que, que, de pronto me comienza porque o sea, a mi la misma tensión de los mismos problemas ayudan a que a que*

*uno, no esté estable a que uno, no este bien, siempre hay algo que molesta”, “mire que cuando yo tengo una preocupación, un afán, una angustia, me afecta”, “si yo tengo uno una vida tranquila, nada me molesta. Pero la dificultad que yo tengo es que tengo una vida distranquila”).*

Algunos hombres mayores refieren que el estrés no solo los ha afectado a nivel individual sino también a nivel familiar (*“el adulto entonces viene a entrar a una crisis y psicosis permanente, entonces, viene el conflicto de familia, intrafamiliarmente vivimos con un estrés muy alto”, “un estrés pero terrible no hay tiempo para caricias, no hay tiempo para nada. Se vive las 24 horas al día en el problema”).*

- **Tristeza**

Es uno de los problemas que describen principalmente los hombres y mujeres jóvenes y se les presenta cuando reflexionan sobre el cambio que han tenido en su condición de vida. Los entrevistados manifiestan sentimientos de tristeza y estados de ánimo fluctuantes (*“uno se pone triste, hay veces me encierro en el cuarto, porque todos los hombres lloramos también, lloro, eh, hay veces me pongo a pensar que porque la vida es así”, “para uno es difícil y le cambia a uno siempre muchas cosas, siempre uno se siente muy mal, se siente triste”, “siento de que a mi me da un guayabo, una tristeza, unas ganas de llorar, unas ganas como de salir corriendo, como de grita”).*

Para algunas de las mujeres y hombres jóvenes la tristeza que asocian con un cambio en su estado de ánimo es una de las respuestas que visualizan en sus parejas después del desplazamiento (*“ese ánimo todo, está totalmente perdido. El se aleja, se aleja y se aleja”, “mi esposa del mismo aburrimiento porque nos vinimos y estamos como dice ya en una situación dura... ella pues está como desmotivada, como desmoralizada”).*

Una mujer mayor refiere que la muerte de sus hijos provocada por los grupos armados, le ha causado un dolor y una tristeza permanente que la lleva incluso a no querer vivir (*“lamentablemente es un dolor que queda. Eso nunca lo sana uno tal vez ni con la muerte...para mí hubiera sido preferible que me hubieran quitado la vida, que hubieran*

*acabado conmigo y no con mis hijos. Sumercé yo digo la muerte de mis hijos a mí me lleva al cementerio”).*

## **Cambios de temperamento**

Las fluctuaciones de temperamento son uno de los problemas enunciados solo por las mujeres jóvenes y lo describen como un proceso que evidencian en ellas al igual que en sus parejas y en sus hijos.

Una gran parte de las mujeres jóvenes describe sus cambios de temperamento, como un sentimiento de rabia que desarrolla consigo misma o en ocasiones sin querer hacia sus seres queridos (*“yo a raíz de eso o sea yo cogí mucha rabia”, “Yo no sé me da como mal genio que no me lo soporto”, “de pronto los niños me hablan y a mi me ofende que me hablan, y yo entiendo que eso no es normal, entiendo que eso no es normal para atender a la familia, porque uno debe tener paz, yo no se que me pasa”).*

Algunas de ellas hacen referencia al cambio que sus parejas han tenido, principalmente en las actitudes hacia sus hijos y que describen como respuesta ante la situación que vive su familia (*“de pronto los niños dicen papá yo quiero tal cosa y a veces nosotros que no lo podemos hacer, de pronto el reacciona mal”).*

Por otra parte, algunas de las mujeres jóvenes que son madres plantean que sus hijos también han tenido cambios de temperamento como consecuencia del desplazamiento, evidenciando actitudes básicamente de rebeldía (*“la actitud de él, no consiente por mas de que yo le hablo ni que yo le digo nada todo lo que yo diga para él es malo”, “ era una niña muy juiciosa, ahoritica se me volvió de mal genio, rebelde, no quiere hacer nada”).*

- **Nerviosismo**

La presencia de nerviosismo es una situación que solo es referida por algunos de los entrevistados, indistintamente del grupo al que pertenecían. Para un hombre mayor es una respuesta que se da ante situaciones de crisis (*“la situación que vino a través de este problema me llevo a mantenerme en unos momentos de crisis que los nervios se dispararon un poco”*), para otra mujer mayor los nervios la afectan incluso a nivel corporal (*“a veces me dan unos ataques de nervios terribles, a veces trata de dormírseme las piernas, los brazos”*), otra mujer joven describe que los nervios la llevaron a un riesgo de pérdida de su embarazo al recordar los hechos del desplazamiento (*“cuando tuve los cinco meses, si tenía, se me quería venir porque yo tenía muchos nervios, incluso por aquí cuando pasaba por esas canchas de jugar tejo, que oía así, yo me asustaba mucho, me parecía que era un tiro que era lo otro”*).

- **Ansiedad**

La mayoría de los entrevistados tanto hombres como mujeres de los dos grupos etéreos que tuvieron que salir de sus territorios por amenazas hacia su integridad personal narran que tienen temores de ser perseguidos aún después de haber cambiado de domicilio (*“tenemos pánico de salir, terror de que nos maten, de que nos reconozcan aquí”, “uno sale, o sale de la casa y no sabe sí de pronto le van a hacer lo que dicen, y lo que amenazan”*).

Algunos de los hombres jóvenes, refieren que la ansiedad se les ha presentado en la ciudad cuando se han enfrentado a una serie de riesgos que en sus lugares de origen no eran frecuentes (*“pues uno ya mantiene un poco psicosiado, cierto?, porque uno va por la calle y que mire que toca estar pendiente que los ladrones, que una cosa que otra, a mi me han atracado acá dos veces, me han visto a punto de apuñalarme”, “acá a diario, uno sale por las calles y encuentra que mire que atracaron un señor, que mire que acá apuñalaron uno, que mire. Y eso lo afecta mucho a uno... por las calles, uno ve jovencitos, niños, abandonados, durmiendo en las calles, hum, jovencitas prostituyéndose, entonces eso uno no esta enseñado a ver esas cosas”*).

- **Trastornos de sueño**

Los trastornos de sueño son otros de los compromisos que refieren gran parte de los entrevistados de todos los grupos y que asocian con el desplazamiento. Dentro de las alteraciones que describen, está la dificultad para conciliar el sueño como consecuencia de la preocupación por su situación familiar, social y laboral (*“se preocupa mucho, no duerme, vive pensando mucho en todo”*) y las pesadillas que algunos hombres y mujeres tanto jóvenes como mayores refieren padecer o que en algunas ocasiones evidencian en sus hijos al recordar eventos traumáticos que han padecido (*“yo recuerdo mucho, incluso yo sueño mucho, por la manera tan violenta como me lo golpiaron a él”, “en las noches, viven soñando permanentemente con los uniformados que los matan, que los persiguen, todas esas cosas”*).

#### **4.1.1.2 - Problemas psicosociales**

A nivel psicosocial una gran parte de las mujeres jóvenes reconocen que al interior de su familia se han dado situaciones conflictivas principalmente entre sus parejas con sus hijos, que han generado algún tipo de maltrato físico o verbal; en tanto que solo un hombre mayor lo refiere como una situación que ha visto en otras familias de desplazados (*“él antes casi no peleaba con los niños”, “de pronto él reacciona mal, él reacciona rebeldemente con ellos”, “entre, hermanos, entre padres, hijos, hay conflictos graves incluso que a veces hay amenazas de muerte eh hh ataque físico, maltrato marido-mujer, maltrato padres-hijos”*).

Una mujer joven, refiere que el desplazamiento cambió su forma de ser y ha incorporando actitudes violentas en su vida cotidiana (*“yo era muy tranquila, que a mí me decían cualquier cosa y a mí me daba igual y en cambio a raíz de eso he cambiado mucho por que yo todo es a la violencia yo todo tengo que arreglarlo es a los problemas, a los golpes todo menos hablando”*).

#### 4.1.1.3 - Problemas con la alimentación

Los problemas alimenticios son uno de los problemas que con mayor preocupación refieren los desplazados en general, coincidiendo en sus planteamientos todos los entrevistados.

Algunos hombres mayores describen que a raíz de los cambios que han tenido en su alimentación están expuestos a desarrollar otras enfermedades (*“básicamente cambios drásticos en la alimentación y a raíz de esos hemos estado susceptibles a más enfermedades de tipo digestivo”*).

Para otros hombres y mujeres la pérdida de peso tanto en ellos como en sus parejas se ha dado como consecuencia de la disminución en su ingesta alimenticia (*“poco consumía o sea dietéticamente me desnutrí mucho y llegué como un fantasma o sea recién ahora estoy engordando, yo llegue en muy malas condiciones”, “el era gordo y rozagante... se me enflacó, ya no le queda buena la ropa sino que se la cuelga... el dura a veces hasta dos días sin comer”*).

Algunas mujeres jóvenes refieren problemas durante el periodo de lactancia que los atribuyen a déficits nutricionales y a una baja ingesta alimenticia (*“yo ahora que salí del embarazo me siento muy débil, los médicos me dijeron que estaba falta de vitaminas, de hierro”, “cuando no hay mucho líquido para tomar de noche hum tremendo porque no me sale nada de leche y llora y llora y pues la angustia, con la angustia mas se me seca y que hago Dios mío, pero pues así a veces cuando tiene uno formitas de a veces tomar caldito y esas cosas, entonces ella aprovecha y me baja buena leche”*).

Para la mayoría de las mujeres y hombres tanto jóvenes como adultos que son madres o padres de familia el desplazamiento ha conllevado a fallas en la alimentación provocando en sus hijos pérdida de peso así como otros cambios en su condición física (*“yo los veo a ellos que eran rosados que eran gorditos aquí entre más más delgaditos y el color amarillo, ellos cogieron un color muy amarillo”, “veo que mis niños en*

vez de avanzar están como disminuyendo si? que están de mal color que bajaron bastante de peso”).

#### **4.1.1.4 - Problemas gastrointestinales**

Existe coincidencia en algunos de los entrevistados sobre la presencia de problemas de tipo gastrointestinal, derivados por el desplazamiento.

Para algunos desplazados tanto hombres como mujeres el término “gastritis” y el de “ulcera” son utilizados de manera semejante y las atribuyen a la preocupación permanente (*“después de desplazado fue que mas volvió a atacarme, por la pensadera, por todo, las dificultades, el ser uno... tener uno tanto pensamiento, tanta cosa eso lo que mas lo altera a uno. La rabia, muchas veces la rabia, los sufrimientos, bueno todo le dificulta para la úlcera”, “la preocupación de cierto de sentir que de pronto todo el tiempo está ese problema encima de uno, se preocupa mucho, afecta, por ejemplo a mí me ha afectado mucho lo que es la parte digamos, eh en la gastritis a mi molesta yo creo que es la preocupación”*).

Una mujer joven refiere que su esposo padece dolores estomacales como producto de una inadecuada ingesta alimenticia (*“el sufre mucho de dolor de estómago, el dura a veces hasta dos días sin comer, de pronto cuando le da y come algo se le parte ese estómago”*).

En tanto que un hombre mayor afirma que los cambios de hábitat han favorecido el desarrollo de alteraciones gastrointestinales dentro de los miembros de su familia (*“hemos estado susceptibles a más enfermedades de tipo digestivo, el cambio de agua, el cambio de ubicación ha sido muy nefasto por ejemplo al principio vivíamos con diarreas”*).

#### **4.1.1.5 - Dolores de cabeza**

Los dolores de cabeza son un problema referido por una gran parte de los entrevistados. Para algunas mujeres jóvenes al hacer referencia a sus parejas éstos dolores se les ha incrementado después del desplazamiento (*“Siempre se queja de que*

*le duele la cabeza y cuando estábamos en el campo, nunca le oí que un dolor de cabeza”). En tanto que en algunos hombres y mujeres mayores el dolor de cabeza lo asocian a la tensión a la que están sometidos: (“yo fui por dolores de cabeza, por el estrés tan berraco”, “pues a mi me afecta, me duele mucho el pecho, a veces de pensar me duele la cabeza”).*

#### **4.1.1.6 - Problemas respiratorios**

Algunos hombres jóvenes que refirieron afecciones respiratorias, consideran que éstas se han debido básicamente a los cambios climáticos (*“un problema mas grave que he tenido en Bogotá, es que mantengo muy enfermo de la gripa y me ha dado hasta amigdalitis”, “así las gripas que friegan que eso si ya es, no se si será costumbre por la época, digamos por el cambio de clima o también será mucho que no tiene uno defensas”*) .

Para la mayoría de los hombres y mujeres jóvenes que tienen hijos menores éstos han tenido diversas afecciones respiratorias y en ocasiones de manera repetitiva por los que incluso han tenido que hospitalizarlos (*“pues ella a la semana me le quiso dar como bronconeumonía, del cambio, me dijo el médico que había sido del cambio de clima, y la tuve hospitalizada cuatro días”, “fueron casi ocho meses sufriendo con fiebres, convulsiones, neumonía, sinusitis, varicela, no mejor dicho le atacaron todos los males”*).

#### **4.1.2 - Problemas de salud no derivados del desplazamiento**

Existen otros problemas de salud que aunque los entrevistados no los relacionan con el desplazamiento, si se constituyen en motivo de interés para su manejo. En esta categoría se destacan como los mas significativos los problemas ginecológicos, musculoesqueléticos, cardiovasculares y de visión.

#### **4.1.2.1 - Afecciones ginecológicas**

Las afecciones ginecológicas se constituyen en uno de los problemas que preocupan a la mayoría de las entrevistadas. Su presentación fue referenciada en los dos grupos etáreos.

Algunas de las mujeres tanto jóvenes como mayores manifiestan la presencia de dolor y lo describen como un compromiso de sus ovarios (*“me dan unos dolores por aquí como en los ovarios y hay días de que no puedo ni respirar del dolor”, “un dolor que me corre a este riñón, me baja al ovario y me baja a la pierna ... el médico me dijo que eso es un quiste que se me está formando y me está avanzando hacia la matriz que tenía que hacerme operar”*), en tanto que otras refieren problemas en su ciclo menstrual (*“porque por el problema del periodo, si o sea que me llega de pronto bastante y o sea, si muy rápido, entonces me mandaron donde el ginecólogo”*).

Por otra parte, la gran mayoría de las mujeres manifiestan que los problemas mamarios afectan de manera frecuente a la mujer, destacándola como una situación que la evidencian en la población en general (*“entre las mujeres vemos alta incidencia de problemas de mama, yo no se por qué”, “haber me comentan mucho de los senos que tienen mucho problema con los senos”*).

#### **4.1.2.2 - Problemas musculoesqueléticos**

Dentro de las respuestas que dieron los entrevistados sobre sus principales problemas de salud, existe coincidencia en la presentación de afecciones musculoesqueléticas. Para algunos hombres y mujeres mayores es significativa la presencia de dolor que identifican a nivel óseo (*“dolores en las piernas, eso como que me baja por los huesos y me afecta mucho”, “pues a mi me ha dado un dolor en el cuerpo como decir un quiebrahuesos”*).

A su vez una gran parte de los hombres y mujeres jóvenes manifiesta que una de las afecciones mas frecuentes es el dolor que localizan a nivel de su cintura (*“me duele*

*mucho la cintura”, “a veces cuando me agacho me chuza y me coge el dolor en la cintura o en los brazos”).*

Una mujer joven, señala la alteración en la prótesis de su miembro inferior como la causa del dolor que presenta en su columna, siendo ésta una situación previa al desplazamiento (*“me afecta mucho la columna por que la pierna ya me quedo pequeña, entonces me afecta bastante la columna y el cuello... esa pierna hay que cambiarla cada dos años y medio, entonces, pues, nosotros no hemos podido cambiarla”).*

Un hombre mayor refiere la presencia de un quiste en su rodilla, frente al cual recibió orientación médica para el tratamiento a seguir (*“hay un problema que sale cada tres meses una pelota allí y me duele fuertemente, ya el médico me mando donde el ortopedista me dice que es un quiste que hay que operarlo pero el vuelve y desaparece nuevamente y me quita el dolor y vuelve y me aparece”).*

#### **4.1.2.3 - Problemas cardiovasculares**

Los problemas cardiovasculares fueron descritos por una gran parte de las mujeres y hombres mayores, atribuyéndolos en algunas ocasiones a fallas en la circulación (*“las piernas se me inflaman, los pies se me tratan de dormir y el médico me dijo que era circulación de la sangre”), a problemas del corazón que atribuyen a la tensión (“cuando a diario me cogía la tensión, eso era bastante elevado, entonces, me siento un poco oprimido como del corazón”, “en el corazón hay veces me dan como palpitaciones cuando se me sube la tensión”), o a la presencia de otros problemas que asocian con el incremento de tensión arterial (“yo tenía esto que llaman colesterol, que tengo esto que llaman la tensión alta”).*

El grupo de hombres y mujeres jóvenes no hizo referencia a la presentación de afecciones cardiovasculares.

#### 4.1.2.4 - Problemas de visión

El compromiso de la visión es otra de las afecciones que se presenta en algunos adultos como resultado de diversas causas. Para un hombre joven su problema de visión se derivó de un accidente (*“yo tengo un problema de los ojos, una carnosidad por acá, porque ésta, no era de vista así y estaba normal, un accidente pequeño, pues iba con mi papá en un carro y tengo una fécula de vidrio acá en este lado”*), en tanto que para otro hombre joven su problema se derivó de la presencia de un glaucoma que le condujo a la pérdida de visión (*“yo perdí el ojo izquierdo por un glaucoma, y ahora estoy perdiendo el ojo derecho porque también tengo un glaucoma en el ojo derecho”*), una mujer mayor reconoce el compromiso de visión como parte del proceso de envejecimiento en su pareja (*“ya la edad no le sirve y vive con media vida porque la visibilidad por una sola vista es difícil”*).

Las mujeres jóvenes no hicieron referencia a esta problemática.

#### 4.1.2.5 - Otras afecciones

Existen otros problemas de salud que son referenciados por algunos grupos de informantes:

- Problemas odontológicos: enunciados por algunos adulto(a)s tanto jóvenes como mayores ya sea por la presencia de dolor o por la dificultad que les genera para comer (*“acá de lo que había sufrido es de las muelas, de la dentadura que me molesta”, “me pusieron unas amalgamas, porque yo casi no puedo ni mascar, porque eso era un camello para comer”*).
- Afecciones dermatológicas: son problemas que reportan algunos hombres jóvenes y que manifiestan como presencia de “granos” (*“yo no se por qué, no me siento bien por la rasquiña y por los granos”. “Unos nacidos, unos enconos por acá... se me cayo el pelo hay un grano con dos bocas que salieron ahí de lo que reventó por acá”*).

- Afeción urinaria: es descrita por un hombre mayor, haciendo referencia a la presencia de dolor (*“en este momento estoy regular de salud me está afectando mucho el dolor de un riñón”*).
- Debilidad: es reportada solo por algunas mujeres tanto jóvenes como adultas y la describen como “desaliento”, “cansancio” o “agotamiento” (*“el sueño me domina, y me coge ese dolor de cabeza, me da una pereza, un desaliento, yo digamos yo quiero hacer una cosa, pero el cuerpo no me ayuda, yo sufro mucho de eso, hasta mareos me dan, a veces se me van las luces”, “uno se siente agotado, agotamiento físico, eso si yo creo que la mayoría estamos en un agotamiento terrible”, “físicamente digamos yo me siento como muy oprimida, yo ya me siento muy cansada”*).
- Riesgo metabólico: es referenciado por una mujer joven como una posibilidad para desarrollar diabetes (*“tengo eso, azúcar en la sangre, pues todavía no soy diabética pero si tenía o tengo riesgo de ser diabética”*) y en un hombre mayor como un diagnóstico ya efectuado de diabetes (*“yo sufro de la diabetes y debo tener tratamiento para eso”*).

## **4.2 - Identificación de las causas de los problemas en Salud**

La población desplazada que fue entrevistada coincide al plantear como principales generadores de problemas de salud: la situación económica en la que se encuentran, la preocupación frente a los cambios en la dinámica sociofamiliar, el haber presenciado actos violentos, los riesgos ambientales y los cambios climáticos.

### **4.2.1 - Situación económica**

Para todos los entrevistados, la principal causa de sus problemas en salud lo constituye la precaria situación económica en que se encuentran que les imposibilita la satisfacción de sus principales necesidades básicas entre ellas la alimentación, en general lo visualizan como una limitante para acceder a ésta o para el cumplimiento de los tratamientos prescritos.

Gran parte de los entrevistado(a)s, describen que es en la ciudad donde la situación económica los ha obligado incluso a pasar hambre (*“aquí en la ciudad a uno le toca pedir para poder comer o muchas veces los hijos se tienen que acostar con hambre”, “en la ciudad es donde aguanta hambre por que uno en el campo no lo hacia”, “pues, cuando conseguimos la libra de arroz comemos, cuando no, como en estos días que no estamos trabajando no tenemos con qué comerla, como comprar una libra de arroz”*).

La mayoría de los informantes describe que en sus sitios de origen contaban con los alimentos a su disposición, sin embargo con el desplazamiento se han visto en la necesidad de modificar sus patrones de alimentación y restringir incluso sus patrones de consumo (*“la alimentación era diferente, nosotros teníamos allá que la leche, los huevos, sí todo, pero aquí, la verdad es que si uno desayuna no almuerza, y si almuerza no come, pero ahoritica no veo la manera como cuidar la salud, la verdad, es esa, porque no. Lo mismo para los niños, yo tengo que darle vitaminas pero cómo?”*).

Otro de los problemas en los que coinciden la mayoría de los entrevistados es el considerar que su situación económica les impide dar cumplimiento a las recomendaciones que les han sido dadas para el manejo de su salud (*“yo no puedo comprar los alimentos que me, que me ayudan para mantener el nivel del azúcar normal”*).

#### **4.2.2 - Cambios en la dinámica social y familiar**

Para la gran mayoría de los desplazados el cambio en el modo de vida que visualizan tanto en su familia como en el entorno social, hacen que mantengan un nivel de preocupación permanente y sea una de las causas de ansiedad, estrés y de otros problemas descritos previamente. (*“aquí hay mucha pandilla, entonces, el chino; a mí me da afán que haga amistad por ahí, y eso me da mucho miedo a mí, que coja las drogas o algo así”, “pues uno ya mantiene un poco psicosiado, cierto, porque uno va por la calle y que mire que toca estar pendiente que los ladrones, que una cosa que otra”*).

Dentro de los cambios sociofamiliares que ha generado el desplazamiento se encuentra el vivir en condiciones de hacinamiento, siendo un elemento que declaran

como negativo algunos hombres y mujeres mayores al sentir que les limita su privacidad (*“lo que era privado ya no es privado, es comunal. Lo que es comunal, entonces es agresivo también, me siento sin espacio propio porque tenemos una habitación grande pero tenemos que dormir todos ahí”*).

Para los hombres tanto jóvenes como mayores el cambio de vida posterior al desplazamiento los ha llevado a la pérdida incluso de su libertad, al tener que esconderse para proteger sus vidas (*“en primer lugar eh pues ya la vivencia acá es muy regular, pues uno vive como acorralado no?, allá tenía mas libertad a pesar de tanta violencia tenía mas libertad”, “hemos pasado muchas veces tres o cuatro días sin salir ni siquiera a la esquina, aunque aquí estamos un poco más tranquilos que en Fontibón y como nos encontraron, nos tuvimos que estar 5 y 6 días encerrados sin asomar la cabeza siquiera a la ventana por problemas que se presentaron también allá, todo eso afecta nuestra salud”*).

Para los hombres, principalmente los mayores, el desplazamiento les ha implicado un cambio en su rol laboral, que les ha generado sentimientos de frustración frente a su actual vida (*“a mi sinceramente me daba pena trabajar con una carretilla en la calle, eh supuestamente porque de pronto me encontraba con los amigos que me habían conocido, que yo trabajaba ya al por mayor”, “haber pues, todo se debe también al caos que he vivido, en la situación porque no se, aquí se viven cosas diferentes, digamos porque todo lo acompleja a uno, digamos la situación que uno sin empleo, que no hay una forma de recrearse”*).

Algunas mujeres jóvenes enuncian que la pérdida del rol educativo en sus hijos y la inactividad en que se encuentran son la causa de los cambios de temperamento que evidencian en ellos (*“el habla y me dice que lo que pasa es que yo estoy aburrida con él, que yo ya estoy harta de tenerlo ahí, y yo le hallo la razón, porque si por lo menos el chino estuviera estudiando en algo se ocuparía”*).

#### **4.2.3 - Presenciar actos violentos**

El ser testigo de actos violentos, es referido por algunos adultos tanto hombres como mujeres como un elemento que favorece recuerdos negativos y que les genera

problemas principalmente para su salud mental (*“yo fui testigo de un asesinato, eso me afectó mucho”, “los principales trastornos de salud que tuve fue cuando yo veía que pasaban, hacían atentados, pues que tumbaban pueblos y eso me sentía muy mal entonces creo que eso me afectó”*).

#### **4.2.4 - Factores ambientales**

Al interrogar a los informantes sobre el reconocimiento que tienen de las causas que han originado problemas de salud existe coincidencia tanto en mujeres como en hombres jóvenes y mayores, al ubicar los factores de tipo ambiental. Explican que sus lugares de vivienda están expuestas a riesgos que provienen de la contaminación, de vectores y de la convivencia con animales domésticos, entre otros.

La mayoría de los entrevistados coinciden en que sus barrios están localizados en sitios donde existe mucha contaminación ambiental que les puede originar problemas de salud (*“por acá en este en este sitio, mucha contaminación, por ejemplo tenemos el río aquí muy cerca, que es un río muy contaminado, puede haber mucha enfermedad, muchas epidemias, por basuras”, “la ubicación de la casa, de pronto por lo que hay mucha basura, muchas cosas, el mismo, digamos por lo que la carretera es así destapada, o sea llueve o el polvo siempre pues lo esta molestando a uno, por que a mí me molesta mucho el polvo para la respiración y todo, mucho zancudito, mucho animal, entonces todo eso lo afecta pues bastante la salud”*).

Para algunos hombres jóvenes el habitar en viviendas construidas con materiales de mala calidad que no los protegen de los cambios climáticos es la causa de diversos problemas (*“acá cuando llueve todo permanece mojado, y acá es como si estuviera al aire libre y de pronto eso lo afecta”*).

En tanto que para algunas mujeres jóvenes la presencia de vectores provenientes de zonas contaminadas o del contacto con animales domésticos pueden favorecer la presencia de enfermedades para todos los miembros de la familia (*“mucho zancudito, mucho animal, entonces todo eso lo afecta pues bastante la salud”, “mucha enfermedad,*

*muchas epidemias, por basuras y tanto pantano, zancudos, todo eso”, “acá hay una marranera, y por tanto marrano hay mucha mosca...y pues mi hija grande tiene que quedarse con la niña y pues ella no está muy diestra, y me deja el tetero por ahí y se le paran las moscas, y todo eso interfiere, coge infección”).*

#### **4.2.5 - Cambios climáticos**

Muchos desplazados provienen de zonas cálidas, sin embargo, en cuanto a la influencia que tienen los cambios de clima sobre su salud, algunos hombres jóvenes que son padres atribuyen este factor a la generación de problemas básicamente de tipo respiratorio en sus hijos menores (*“el clima acá les hizo mucho daño sobre todo a ellas, estuvieron muy graves”, “le quedó esa pulmonía, pues ella ha sido muy delicada sobre todo por este clima”*), así mismo otro hombre joven menciona las molestias que le ocasionó la humedad y el frío que sentía a su llegada a la ciudad en el lugar donde tuvo que vivir (*“la pieza donde vivía era muy, demasiado de húmeda entonces me hacía más frío en la casa que en la calle, sufrí demasiado”*).

#### **4.2.6 - Otros factores etiológicos**

A continuación se describen otras causas que fueron descritas exclusivamente por algunas mujeres mayores y que fueron identificadas como el origen de problemas de salud. Sus respuestas no tuvieron coincidencias con las proporcionadas por otros grupos poblacionales.

#### **Actividades repetitivas y de sobrecarga física**

Una mujer refiere que de manera diaria debe llevar a cabo actividades de levantamiento de cargas que le han provocado una “hernia” (*“de pronto de maletiar, porque yo de pronto me vengo para abastos y pido y recojo comida, de donde Dios me ayude recojo comidita, yo me tengo que echar las maletas bien pesadas, de eso se me estrangulo la hernia”*)

Los cambios propios de la edad, son descritos por otra mujer mayor como un elemento que favorece la presentación de diversos trastornos de la salud, pero que no están directamente relacionado con el desplazamiento (*“todo dolencias en los huesos, dolor de cabeza, todo ese problema de la presión alta, todo se debe a la menopausia”*).

#### **4.3 - Situación de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)**

Al abordar el tema de afiliación al SGSSS, los desplazados de los diferentes grupos reportaron en su gran mayoría tener la carta de salud que les ha otorgado la Red de Solidaridad Social, y de esta manera recibir los respectivos servicios (*“con la carta de salud he recibido ayuda porque yo voy donde el médico, yo presento mi carta y a mi me atienden”*, *“No yo no en la actualidad tengo el servicio que me otorga la Red de Solidaridad si yo tengo mi carta, si eso nos ha servido mucho, si eso es lo que nos ha salvado... ahora en estos momentos, cualquier situación que se presenta ir al hospital, si ir al hospital no tengo otra alternativa más allá simplemente con una copia de la carta de la Red de Solidaridad y una fotocopia de nosotros, pues es atendido”*).

Sin embargo, para una gran parte de los adultos jóvenes tanto hombres como mujeres, existen problemas dentro del Sistema Unico de Registro de Población desplazada, como ha sido la omisión de algunos de los miembros de su familia, o errores en la digitación de sus nombres, lo que ha dificultado su acceso a las instituciones de salud (*“no están sino mis hijos y yo, en esa carta faltan los dos sobrinos y mi papá y mi mamá”*, *“para la otra niña se solicitó esta semana, porque había salido con errores en los apellidos”*).

Para algunas hombres y mujeres principalmente los mayores, no existe claridad entre el procedimiento de clasificación del Sisbén y la afiliación definitiva al SGSSS para contar con los beneficios del régimen subsidiado (*“ya estoy vinculada a ese Sisben, siento alguna cosa y enseguida voy y busco el médico”*, *“desde el momento que yo llegué con el problema de la niña entonces me hicieron afiliarse al Sisbén, pues desconocíamos todo”*, *en este momento nosotros no nos han dado a entender ni que es el Sisbén como se maneja el Sisbén acá en Bogotá ni que prestaciones, mejor dicho, en que le pueden ayudar a uno, ni cómo”*).

#### **4.4 - Problemas en el acceso a los servicios de salud**

Al entrevistar a la población adulta de los dos géneros sobre el acceso a los servicios de salud, la mayoría de los entrevistados hizo referencia tanto a los problemas que evidencian desde el Sistema General de Seguridad Social, como a las limitaciones provenientes de los propios usuarios de los servicios de salud.

##### **4.4.1 - Limitaciones para el acceso desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).**

Los entrevistados encuentran situaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que limitan su acceso a los servicios de salud, estas se dan principalmente por una inadecuada capacidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para atender a la población, por rechazo al desplazado o por burocracia.

###### **4.4.1.1 - Limitada capacidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**

En este aspecto, la mayoría de las mujeres jóvenes refiere que han tenido dificultades para ser atendidos en algunas instituciones debido a que la capacidad resulta insuficiente, describiendo el caso específico de dotación de camas (*“la verdad yo tuve muchos problemas con eso cuando se me enfermó la niña, pues en el Tunal no me recibieron porque no había camas, y se supone que el desplazado tiene una prioridad para la atención, me enviaron para el Meissen y lo mismo no habían camas”*).

Otro de los problemas que evidencia una mujer mayor es la limitación que tienen algunas instituciones para llevar a cabo pruebas de laboratorio (*“este pelao lo mandan acá a este hospital de Kennedy a que se haga un examen, entonces la funcionaria le dice nosotros no tenemos reactivos, ese examen no se esta haciendo”*).

Finalmente la mayoría de los entrevistados tanto hombres como mujeres coinciden en afirmar que uno de los principales problemas que tienen es el limitado acceso a los

medicamentos que son prescritos para sus problemas de salud, ya que en algunas instituciones no se las suministran o no se las dan de manera oportuna (*“en el hospital Tunjuelito si fuimos varias veces y la droga duramos un año pidiéndola pero no la había, no la había, le daban a uno la formula y con la formula se quedaba”, “Sabemos que la droga por ejemplo no la están dando unas, otras no están dentro del dentro del margen que han autorizado pues de droga para nosotros los desplazados y hay necesidad de conseguirla”*).

#### **4.4.1.2 - Rechazo a la población desplazada**

Una gran mayoría de los entrevistados, refieren que a pesar de contar con la Carta de Salud que les otorga la Red de Solidaridad Social y que les acredita su condición de desplazados, han tenido dificultades para ser atendidos en algunas instituciones o en otros casos les han negado la oportunidad de acceder a los mismos.

Gran parte de los desplazados tanto hombres como mujeres de los dos grupos étnicos refieren que el rechazo se ha dado por falta de información dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud con el Sistema, debiendo acudir en ocasiones a otras instituciones en busca de una solución a su problemática (*“el acceso es lo más grave si, ahora si es desplazada y embarazada y si es de alto riesgo menos porque eso es un chicharrón para el sistema. La denuncia en esta campo es esa, de que el sistema esta eligiendo a que desplazado atender, o sea se vuelve discriminador”, “en el Simón Bolívar, llegué mal... y mostré la constancia que le dan a uno donde uno da la declaración por allá en la Defensoría del pueblo y mostré eso y no me quisieron atender. Me dijeron que yo era un simple desplazado y que no me podían atender, porque eso no era un hospital para el nivel mío. Y al siguiente día si me pudieron atender porque yo hablé con la doctora que me mandó allá y ella llamó a la Secretaría de Salud y me pudieron atender”, “ahora últimamente ya no nos quieren casi ni atender por que la Red dizque no está, no está pagando a tiempo”*).

#### **4.4.1.3 - Burocracia**

Una gran parte de los entrevistados tanto hombres como mujeres, refieren que en algunas instituciones el acceso a los servicios de salud se torna difícil por los trámites

que deben ser llevados a cabo (*“en los hospitales se tiene que perder mucho tiempo para que le den a uno una cita”, “acá yo vi el caso de que llegaban personas graves y tocar hacer un papeleo, para que los atendieran. Se puede morir una persona y con tanto papeleo, se muere en una urgencia”*).

#### **4.4.2 - Limitaciones en el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios**

Por parte de los usuarios también se evidencian limitaciones para acceder a los servicios que brindan las instituciones de salud y que se dan principalmente por factores económicos, por el cuidado de sus hijos, o por desconocimiento de los servicios existentes.

##### **4.4.2.1 - Factores económicos**

La gran mayoría de los entrevistados de los diversos grupos, coinciden en afirmar que la difícil situación económica por la que atraviesan les impide en la mayoría de las ocasiones acceder a los servicios de salud, ya que sus recursos no les permiten cubrir los gastos de transporte (*“me mandaron a un hospital lejísimos, pero no tuve para el bus ni para nada, lo mismo hizo, pues la niña se me quedó enferma”*).

Para algunas mujeres tanto jóvenes como mayores que son cabeza de hogar su inasistencia a los servicios de salud se debe a que no pueden abandonar actividades que le representan algún tipo de ingreso económico para el sostenimiento de sus familias (*“yo por ejemplo voy y pido una cita al médico y de pronto me la pueden dar, pero si tengo para transportarme me pongo a pensar ¿quién va a conseguir la comida del hogar?”, “si iba a trabajar no podía ir al hospital y si no iba a trabajar pues ¿con qué plata iba al hospital?”*).

#### **4.4.2.2 - Cuidado de sus hijos**

Algunas mujeres jóvenes refieren imposibilidad para asistir a los servicios de salud por la dificultad que tienen para dejar a sus hijos en el hogar, ante la ausencia de un mayor que pueda cuidárselos (*“no he tenido los niños con quien dejarlos”*).

#### **4.4.2.3 - Desconocimiento de los servicios de salud existentes**

Algunos adultos de los diversos grupos, refieren que en ocasiones se les dificulta el acceso a las instituciones prestadoras de servicios, ya que desconocen los trámites a seguir o las instituciones a las que pueden asistir (*“en este momento no sé cuales son las principales o a donde tiene uno que recurrir para acceder a los beneficios de salud”, “hay personas que no se si es que no saben o que, pero que les dieran a conocer el servicio porque, por que sí es muy bueno el servicio”*).

### **4.5 - Necesidades de Atención en Salud**

Las apreciaciones en cuanto a las necesidades de atención en salud resultaron diversas, sin embargo, los puntos de mayor coincidencia entre los informantes son: el apoyo psicológico, el soporte nutricional, la obtención de medicamentos y la atención odontológica. Existen otras necesidades que los entrevistados definen en términos de acceso a programas preventivos y necesidades de rehabilitación así como de elementos protésicos.

#### **4.5.1 - Apoyo psicológico**

Un elemento de coincidencia por parte de los entrevistados de todos los grupos a excepción de los hombres mayores, es la necesidad de apoyo psicológico.

Para algunas de las mujeres mayores y de los hombres jóvenes, el apoyo psicológico fue visualizado como una estrategia para la resolución de sus propios conflictos (*“porque como uno mantiene tan preocupado, yo mantengo pues siempre preocupada por la*

*situación, entonces la ayuda de una psicóloga o de un psicólogo sería muy bueno”, “falta también como de un psicólogo en verdad una persona todas esas atenciones que uno en verdad necesita, porque uno como desplazado llega en verdad... si hay muchas cosas que decir”).*

Gran parte de las mujeres jóvenes que son madres, expresan el deseo de contar con apoyo psicológico para sus hijos como una estrategia para ayudarles a afrontar los conflictos que les ha provocado el desplazamiento (*“de pronto el diálogo, de pronto él con otra persona de pronto el le cuente sus cosas le ayude y si de pronto el se pueda desahogar con otro mejor que conmigo, decir lo que el siente”*).

#### **4.5.2 - Suministro de medicamentos**

La gran mayoría de entrevistados de los diversos grupos, refieren como una de sus principales necesidades el suministro de medicamentos por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, para poder dar continuidad a los tratamientos prescritos (*“que den los medicamentos, que le den a uno completo el tratamiento, de todas maneras eso es lo que yo mas pido”, “que los médicos le formulen los medicamentos que estén en el stock de medicamentos”*).

#### **4.5.3 - Soporte nutricional**

Un hombre joven expresa su interés en tener una orientación desde el punto de vista nutricional, que le permita reconocer los aspectos generales de una adecuada alimentación (*“Otra cosa que yo pido mucho en la salud es la nutricionista. Eso uno hay veces que uno no tiene alguien que le enseñe a como preparar los alimentos, que que es de alimentos y que no”*)

El soporte nutricional es otra de las necesidades que expresan la mayoría de los entrevistados, principalmente aquellos que son padres y madres de familia (*“las necesidades son muchísimas, porque por decir algo yo tengo problemas con esta niña... porque por ser prematura tiene un grado de desnutrición, siempre el niño prematuro tiene un grado de*

*desnutrición, hay que estarle dando una alimentación, muy de un nivel de alimentación mejor dicho, muy técnico”, “lo que pediría es nutrición para mí y los niños”).*

#### **4.5.4 - Atención odontológica**

A nivel odontológico algunos hombres y mujeres jóvenes, revelan la importancia de contar con asistencia odontológica para mantener una adecuada salud oral y aliviar aquellas condiciones que provocar algún tipo de disfunción (*“pues odontología para las calzas básicamente., me pusieron unas amalgamas, porque yo casi no puedo ni mascar, porque eso era un camello para comer).*

#### **4.5.5 - Acceso a programas preventivos**

En este apartado se expresan necesidades que fueron expresadas por diversos grupos de entrevistados.

Para algunos hombres y mujeres jóvenes la asistencia a medicina general lo visualizan como una necesidad para evaluar su condición física en general (*“en este momento medicina general, por lo que uno siempre esta, o sea uno se siente un poco agotado ya por tanto que ha transcurrido cierto?”).*

Desde el punto de vista preventivo, algunas mujeres jóvenes describen que después del desplazamiento no ha podido dar continuidad a las vacunas de sus hijos, siendo esta una de sus necesidades (*“donde yo estaba, tenía mi carnet y tenía todo. Pero llegue acá y como no tengo ese carnet me dicen que ya deben tener todas esas vacunas... La verdad es que a ellas les hace falta muchas, pues yo sé que las vacunas son constantes”).*

Los exámenes diagnósticos para la detección precoz de posibles procesos patológicos que afectan a las mujeres, es referido por una gran parte de las entrevistadas de los dos grupos etáreos: (*“deberían dar mas, que los exámenes para que las mujeres entiendan que la enfermedad de los senos es algo que después de que aparezca no*

*hay solución”, “en estos días lo que quisiera irme a hacer era la citología, porque yo me la hice hace como... fue hace como dos años”).*

#### **4.5.6 - Necesidades de rehabilitación y de elementos protésicos**

Una mujer joven al referir un problema previo al desplazamiento, manifiesta su interés por tener un manejo por parte de rehabilitación y la adaptación de una nueva prótesis (*“eso me esta molestando hace mucho tiempo porque la pierna, o sea, esa pierna hay que cambiarla cada dos años y medio, entonces pues nosotros no hemos podido cambiarla... yo creo que ya teniendo la pierna nueva y ya teniendo, ya caminando, pues haciendo otra vez la terapia y todo eso ya no... ya me puedo defender, yo sola caminar”).* Una mujer mayor refiere la necesidad de contar con tratamientos de fisioterapia para el manejo de sus condiciones de salud (*“yo necesito que me hagan terapias para las piernas porque casi no puedo caminar del dolor de los huesos”).*

Un hombre joven refiere su interés por obtener una prótesis para uno de sus ojos (*“yo por ejemplo necesito que me pongan una prótesis del ojo izquierdo, y que eso no lo cubren, que hay que esperar...yo necesito la prótesis para trabajar como vigilante”),* en tanto que la necesidad de gafas para mejorar su visibilidad es expresada por algunos hombres y mujeres jóvenes (*“para estudiar yo necesito lentes”, “estoy varada por la gafas por que las gafas que tengo ya no me sirven”).*

#### **4.6 - Percepción de mecanismos de solución para la problemática en salud**

Hay diferentes formas de abordar los problemas entre la población entrevistada, desde aquellos que no reconocen soluciones o no identifican recursos, hasta aquellos que si identifican diversas alternativas.

Entre las respuestas sobre los mecanismos con los que cuenta la población desplazada para resolver sus principales problemas de salud se evidencian dos tipos: los externos que son todas aquellas alternativas que provienen del entorno ya sean de tipo institucional o provenientes de redes sociales o familiares (iglesia, amigos,

familia, vecinos, etc) y a las cuales acuden para la resolución de sus problemas y las estrategias de tipo interno que son las soluciones que provienen del propio sujeto, y que parten del conocimiento que tienen para manejar sus principales problemas de salud.

#### **4.6.1 - Falta de reconocimiento de alternativas de solución**

Para unas pocas mujeres tanto jóvenes como mayores resulta difícil encontrar una solución a sus problemas, vivenciando una situación de incertidumbre permanente (*“uno siempre esta así, como que no encuentra la forma por más que uno trata de distraerse, no encuentra la forma de pensar en algo diferente que lo calme, que lo relaje a uno, sino que uno siempre esta ahí con el problema encima si?, entonces es como difícil de pronto encontrar algo así, una solución para esto”*).

En tanto que para algunos hombres tanto jóvenes como mayores, la situación de desplazamiento los ha llevado a visualizar la muerte de una manera cercana y antes que pensar en una solución para sus problemas de salud han optado por adquirir pólizas funerarias en caso de que llegasen a morir (*“la verdad es que lo primero que hicimos después de la carta, fue afiliarnos a una funeraria. Nosotros estamos afiliados por allá en Teusaquillo. Porque la verdad es que de un momento a otro le meten a uno un tiro y no hay ni para el entierro. O sea en todo momento uno tiene que estar preparado y estar dispuesto. Si matan a personas importantes porque no lo van a hacer con uno?”, “yo pienso mucho en mis hijos, uno les coge cariño, pero de un momento a otro uno les puede faltar, yo adquirí una póliza funeraria para que en caso de que algo me pase no tengan que pasar preocupaciones”*).

#### **4.6.2 - Búsqueda de soluciones externas**

La población desplazada entrevistada refiere que a nivel externo identifica como principales mecanismos de solución la asistencia a instituciones prestadoras de servicios de salud recibiendo la atención y orientación de profesionales especializados

o acudir a las redes de apoyo familiar y social, que han establecido dentro de su entorno.

#### **4.6.2.1 - Asistencia a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**

Una gran parte de los entrevistado(a)s tanto jóvenes como mayores, reconocen la importancia de acudir a las instituciones prestadoras de servicios de salud, utilizando los recursos que les han otorgado a nivel gubernamental o no gubernamental (*“ahora en estos momentos, cualquier situación que se presenta ir al hospital, si ir al hospital no tengo otra alternativa”, “yo presenté esa carta y con esa carta yo puedo llegar a cualesquier hospital y tienen que atenderme”*). Así mismo la mayor parte de los informantes, manifiesta además que tratan de llevar a cabo los tratamientos que les son prescritos (*“primero que todo ir al médico visitar al médico y pues hacerme el tratamiento, que, que el médico me dé”, “el problema mío se puede manejar con una dieta adecuada, no es tan dura o tan difícil mi situación sino que con una dieta adecuada y unas pastillas que estoy tomando”*).

Solo unas pocas mujeres jóvenes y un adulto mayor manifestaron la ausencia de interés de asistir a las instituciones prestadoras de servicios de salud (*“yo soy muy reacia a entrar a los hospitales... a veces se enferma uno mas yendo a un hospital que lo que realmente uno tiene de la enfermedad”, “Yo me he enfermado aquí varias veces, pero yo no acudo al médico porque no me gusta”*).

#### **4.6.2.2 - Búsqueda de apoyo en redes familiares y sociales**

Es una de las alternativas que se manifiesta de manera frecuente en las mujeres y en algunos hombres jóvenes.

Algunas de las mujeres jóvenes, refieren el papel que tiene el diálogo entre los miembros de la familia para socializar sus principales problemas, encontrando en los padres o en sus parejas, el apoyo para la solución de ellos (*“nosotros pues como le digo con mi papá y mi mamá pues somos o sea nos brindamos apoyo mutuamente y ellos mismos*

*nos orientan, nos ayudan, entonces sabemos, sabemos como manejar esa situación “aquí en la familia somos muy unidos y bueno tratamos de dialogar entre nosotros mismos”).*

Algunas mujeres tanto jóvenes como mayores refieren el apoyo que les han brindado miembros de algunas comunidades religiosas, ante situaciones específicas (*“me he visto de que ellos están enfermos y he tenido... que no tengo un peso entonces me toca me toca acudir a la iglesia me toca pedirle a los hermanos que oren o hagan algo por los hijos míos”, “ un cura de Fusagasugá me llevaron en últimas allá a donde ese cura que ya no tenían más alternativa sino llevarme allá para que el de pronto me hiciera, yo no sé qué sería, el padrecito para qué me dio muy buenos consejos, me puso muchas preparaciones, me trató muy bien y volví otra vez, porque yo sufrí mucho yo sufrí mucho”).*

Solo un hombre joven refirió la importancia de un grupo de apoyo terapéutico como estrategia para encontrar soluciones a su problemática (*“la mayoría de mis problemas los resuelvo es en Esperanza Viva contándole a las terapeutas ocupacionales y al mismo grupo de Esperanza Viva o sea que nos sentimos como apoyados entre amigos”).*

#### **4.6.3 - Búsqueda de soluciones a nivel interno**

La mayor parte de la población que fue entrevistada refiere que ante la situación que les ha generado el desplazamiento acuden a una serie de estrategias que se encuentran a su alcance para la solución de sus principales problemas de salud, siendo la más importante el apoyo en sus creencias religiosas, la práctica de la medicina popular, la automedicación y otras estrategias de autocontrol.

##### **4.6.3.1 - Apoyo en creencias religiosas**

El apoyarse en sus creencias religiosas es un elemento de coincidencia en la mayoría de los entrevistados.

Para algunos hombres principalmente los mayores, la oración es asumida como una alternativa que les confiere tranquilidad frente a sus problemas (*“huy no pues orar, orar por que no tengo ninguna otra forma de pronto de relajarme pues oro y le pido a Dios que me ayude”, “si estoy enfermo le pido a mi Diosito que me socorra que me dé salud y que me alivie sin tomar ninguna pasta, como que me siento un rato tranquilo, me estoy un rato tranquilo a ver si ya como que uno brega a dejar esos problemas y como que se tranquiliza”*).

En algunas mujeres jóvenes y mayores la religión se constituye en un mecanismo de sanación para sus problemas de salud (*“yo me siento enferma o algo y yo acudo a ella y yo siento de que el señor de pronto me sana, de que el señor de pronto me da mucho alivio”, “yo soy creyente en un Dios y todos esos dolores se los dejo a mi Diosito y eso y que y eso me van pasando así, pero entonces se pasan y vuelven y me llegan pero cuando vuelven y me llegan me llegan ya mas duro mas fuertes esos dolores y esa preocupación y eso pues todo lo dejo a mi Dios”*)

Por otra parte tanto mujeres como hombres principalmente jóvenes buscan el refugio en sus creencias, como un mecanismo para protegerse de posibles riesgos (*“yo digo que en cuanto a la vida que nos ha tocado vivir, le toca a uno acercarse mas a Dios debido a todo lo que se esta presentado. Por las cosas de la violencia uno no sabe en que momento le puede ocurrir algo malo a uno”, “tengo mucha fe en Dios, mantengo orándole mucho pidiéndole mucho a él, entonces pues tengo esa fe de que no nos va a pasar nada”*).

#### **4.6.3.2 - Práctica de medicina popular**

La medicina popular es una de las estrategias que con mayor frecuencia utiliza la gran mayoría de las mujeres en comparación con los hombres que la utilizan aunque en menor proporción.

La gran mayoría de las mujeres hacen referencia a la utilidad de las “hierbas”, para el manejo de diversas afecciones, principalmente el dolor (*“uno en el campo utiliza mucho la... digamos lo del campo, yo en el campo casi nunca iba al hospital, si ellos se me enfermaban yo acudía a las hierbas, a eso acudía yo y los calmaba. Yo al hospital casi no”*,

*“cuando ellos tiene un dolor de estomago, estomacal, así hierbas, hierbas pues que es lo único que uno sabe hacer así en la casa”, “ como decían nuestras abuelitas: un manojito de hierbas y me la tomo con limón, eso si consumo harto limón, yo me siento como que me hace”*). Otras adultas hacen referencia al poder curativo que encuentran en ciertos alimentos (*“yo me tomo la maicena así cruda apenas se le echa en el liquido que me voy a tomar, también hay veces que para la ulcera me hace mucho, me tomo la papa licuada, y eso me alivia”*).

Un hombre joven reconoce el haber acudido a los saberes de algunos “naturistas” para solucionar problemas de salud de sus hijas (*“la verdad es que a ellas les toco ponerse en tratamiento con naturistas, porque las drogas les acababa las defensas”*), en tanto que un adulto mayor, relató los beneficios que obtuvo al someterse a tratamiento con una persona que manejaba medicina alternativa (*“un señor gnóstico, decía.. pues de una religión gnóstica, un señor negro, moreno, pues, me dio una droga que yo dure por lo menos, pero hecha por él, hecha por el, el jarabe hecho por él, me dio una droga que duré por lo menos hasta ahora”*).

#### **4.6.3.3 - Automedicación**

Otro de los mecanismos que resultan comunes para gran parte de los entrevistado(a)s es acudir a la automedicación para resolver problemas específicos de salud. Dentro de dichas prácticas se encuentra el uso de medicamentos que han sido prescritos para otros miembros de la familia o la utilización de aquellos que tradicionalmente son reconocidos por la población en general (*“es tradición en la familia, que vea que el niño esta mejor que démosle acetaminofén, a que tiene tos comprémosle un jarabe eso, o sea, como que nos automedicamos nosotros mismos”, “hay veces pues como dice él, tomamos la droga que de pronto nos han formulado y todavía queda ahí, tomamos de esa misma”*).

#### **4.6.3.4 - Estrategias de autocontrol**

Algunas mujeres tanto jóvenes como mayores, describen que dentro de los mecanismos que buscan para solucionar sus problemas principalmente los de tipo

emocional está el olvidar los recuerdos negativos (*“pues mire que he bregado a olvidar, porque que saca uno lejos y viviendo tan preocupado, mire que he tratado de olvidar, yo me he resignado mucho”*) y el tranquilizarse a sí mismas (*“no pues yo trato de mantenerme como tranquila, para que ellos también se tranquilicen”*).

En tanto que para unos pocos hombres de los dos grupos etéreos, la búsqueda de actividades que le permitan ocupar su tiempo libre o el de sus hijos se convierte en una alternativa para olvidar sus preocupaciones (*“pues de pronto a veces digamos trato de salir un rato, cierto? y de pronto se distrae uno un poquito por ahí, a uno se le olvida un poco, se le quita esa tensión”, “hemos tratado de colocarles lecturas dirigidas diarias, que tengan un grado de disciplina, el televisor los entretiene, los sacamos a pasear o sea hemos tratado de minimizar el daño y se ha logrado”*).

---

## 5 DISCUSION

---

El desplazamiento forzado es una problemática que día a día, se está incrementando en Colombia generando no solo la pérdida de un sector productivo del país como es el rural, sino provocando una serie de problemas sociales que afectan de manera directa a la población que lo padece y a los núcleos receptores de los centros urbanos que desafortunadamente no cuentan con la infraestructura para satisfacer las necesidades que presenta ésta población.

Bogotá, como capital del país había sido reconocida durante años, como un lugar que permitía el mejoramiento de la calidad de vida de muchos colombianos, quizás en este imaginario miles de desplazados albergaron la esperanza de mejorar su situación sociofamiliar. Para el año 2000 alrededor de 42.970 personas integrantes de 8594 hogares llegaron a Bogotá, en un promedio de 3580 personas al mes, aproximadamente cinco personas por hora, convirtiendo a la ciudad en el principal centro receptor de población desplazada del país.- (Arquidiócesis de Bogotá- Codhes, 2001).

Sin embargo, la calidad de vida de la población desplazada tiende a empeorar en la ciudad ya que en su gran mayoría no encuentran empleo, y los pocos recursos con los que cuentan les impide mantenerse por un tiempo prolongado, debiendo acudir a la ayuda que les pueda brindar el estado o las redes de apoyo familiares o sociales, las cuales obtienen por muy poco tiempo.

De allí que una vez cesan las ayudas de emergencia, el asentamiento en la ciudad se torna cada vez mas difícil, ya que en la mayoría de las ocasiones deben ubicarse en barrios marginales donde no cuentan con la infraestructura básica de servicios públicos, se enfrentan a un alto nivel de violencia urbana y la situación de pobreza y marginalidad favorece el deterioro de sus condiciones de salud (Arquidiócesis de Bogotá- Codhes, 2001).

### **5.1 - Principales problemas de salud de la población desplazada en fase de transición**

Son varios los estudios que han buscado caracterizar las principales problemas de salud que con mayor frecuencia afectan a la población desplazada, encontrándose que la mayoría de ellos refieren en primera instancia las patologías de origen infeccioso y el trauma (Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud, 1999), en tanto que para otros la enfermedad diarreica aguda, las enfermedades de la piel y la parasitosis intestinal ocupa los primeros lugares de presentación (Morales, 1998; Organización Internacional para las Migraciones, 2001).

A su vez para el Secretario de Pastoral Social (2001), la población desplazada manifiesta como principales problemas de salud la presencia de dolor, las afecciones cardiovasculares, de la piel y respiratorias como las más significativas; en tanto que las enfermedades psicosomáticas se encuentran dentro de las de menor presentación.

Sin embargo, en contraste con los anteriores resultados, dentro de las respuestas encontradas por éste estudio se evidencia que los problemas de salud mas importantes que se derivan del desplazamiento son: el compromiso de la salud mental, los problemas psicosociales y los problemas con la alimentación, encontrándose en menor proporción las afecciones respiratorias y gastrointestinales .

Existen otro tipo de afecciones como las cardiovasculares, musculoesqueléticas, urinarias y ginecológicas que aunque no son causadas directamente por el desplazamiento, las condiciones de vida en que se encuentra ésta población hacen que se demande una atención específica en esas áreas.

Los resultados demuestran que el desplazamiento provoca en quienes lo padecen un gran compromiso de la salud mental, ya que permea a todos los miembros de la familia, y se da como consecuencia de la preocupación constante por el modo de vida en que se encuentran, por la pérdida de la dinámica familiar y de los roles que

desempeñaban padres e hijos antes del desplazamiento, por el recuerdo de los actos violentos de los cuales tuvieron que ser testigos, por el temor a perder sus vidas o también por la incertidumbre que les genera un futuro con pocas perspectivas de cambio, coincidiendo con los planteamientos de Levav (1993) y el estudio desarrollado por el Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud (2001).

Dentro de las manifestaciones mas frecuentes del compromiso de la salud mental se encuentran: los cambios de temperamento que son referidos exclusivamente por el grupo de mujeres jóvenes y que atribuyen a la necesidad de “desahogarse” frente a sus problemas. Por otra las mujeres de éste grupo que son madres de familia, reconocen el impacto que el desplazamiento tiene sobre la salud mental de sus hijos, que traducen en actitudes de rebeldía, cambios comportamentales y un rechazo hacia sus condiciones actuales de vida; aspectos que llevan a que se altere en gran medida las relaciones intrafamiliares, planteamientos que Castaño (1996) describe como situaciones de agresividad, que modifican una comunicación basada en el afecto por una basada en el poder.

El estrés fue referido principalmente por las mujeres como un problema que las afecta en el plano individual no solo desde el punto de vista emocional sino también con repercusiones orgánicas, en tanto que para los hombres mayores se reconoce al estrés como un elemento generador de problemas a nivel intrafamiliar.

Frente a las situaciones de tristeza que son propias del desarraigo y de la añoranza por el modo de vida que tenían en sus lugares de origen, sus manifestaciones son reconocidas por los hombres y mujeres jóvenes. En tanto que para los adultos mayores resulta mas difícil su reconocimiento individual pero llama la atención que si lo identifican en sus parejas o en sus hijos, esto posiblemente se deba a la necesidad de mostrar mayor fortaleza frente a los demás miembros de su familia, frente a los problemas que les aquejan.

El nerviosismo es una manifestación de compromiso de la salud mental que se manifiesta tanto en hombres como mujeres al recordar aquellos eventos de violencia

que generaron su desplazamiento, aspectos que coinciden con el estudio desarrollado por el Ministerio de Salud (1999) y Nieto (2000). Generalmente se desarrolla ante el mínimo estímulo proveniente del medio ambiente, o de situaciones que pueden fácilmente recordar hechos pasados.

Lo(a)s desplazado(a)s que tuvieron que huir de sus lugares de origen por amenazas directas o torturas que recibieron de cualquiera de los grupos armados, presenten ansiedad y desconfianza permanente hacia las personas y el entorno que los rodea. Según Ramos y González (1999), el drama de los desplazados genera un impacto psicológico que es difícil de superar, llegando a asumir el anonimato como garantía para preservar sus vidas. Por otra parte es inevitable que éste fenómeno se genere, cuando la ciudad que han elegido por lugar de residencia se caracteriza adicionalmente por tener uno de los índices de violencia urbana más altos de Latinoamérica (y no les resulta posible sentirse seguros), y en donde a pesar del cambio de ciudad algunos de los desplazados han vuelto a ser identificados sobre todo en aquellos casos en que el desplazamiento se generó por motivos políticos. Esta situación obliga a que los desplazados deban cambiar su lugar de residencia de manera periódica generando mayor ansiedad y un temor permanente al interior de su núcleo familiar.

Desde el punto de vista psicosocial se reconocen algunas situaciones de maltrato físico o verbal entre diversos miembros de la familia, pero que describen más fácilmente las mujeres jóvenes. Llama la atención que algunos hombres mayores hicieron referencia al incremento de la violencia intrafamiliar en otros grupos de desplazados posiblemente por el temor de ser reconocidos como agresores de su propia familia.

Ardila (1996) refiere que la violencia intrafamiliar se constituye en una prolongación y complejización del conflicto armado y del desplazamiento. Al respecto es frecuente encontrar situaciones de maltrato verbal desde las parejas hacia las mujeres, pero mucho más frecuente de los mayores a los hijos acudiendo en ocasiones a golpes o castigos como un mecanismo para corregir a los hijos (Profamilia, 2001). Sin

embargo, en el presente estudio se encontró que la situación de desesperación propia del conflicto ha llevado a algunas mujeres principalmente las jóvenes que han asumido la jefatura del hogar, a replicar el círculo de violencia hacia los hijos acudiendo al maltrato básicamente de tipo verbal.

El desplazamiento conlleva a un cambio significativo en el modo de vida de la población desplazada. En la mayoría de sus relatos los desplazados describen la posibilidad de generar sus propios alimentos a través del cultivo de los mismos, o de la adquisición a través de sus animales domésticos (carne, leche, huevos, entre otros). Sin embargo al trasladarse a la ciudad, estos recursos no se encuentran a su alcance, y por otra parte sus graves limitaciones económicas les impiden acceder a una alimentación balanceada y en ocasiones a no poderse la proporcionar. Estos elementos hacen que los problemas con la alimentación se constituyan en uno de los problemas que mas preocupación genera en la mayoría de los entrevistado(a)s, principalmente a aquellos que son padres y madres de familia. Los hombres y mujeres de los dos grupos étnicos refieren que han visualizado en sus hijos pérdida de peso y una posible desnutrición. Así mismo asocian los problemas nutricionales con la tendencia que tienen sus hijos a adquirir otro tipo de enfermedades.

El grupo específico de madres jóvenes que se encuentran en periodo postparto, atribuyen a los problemas de alimentación su imposibilidad para llevar a cabo una lactancia adecuada y su pobre condición nutricional.

Al correlacionar el estudio realizado con los planteamientos del Plan Mundial de Alimentación (2001), se evidencia que existe un mayor grado de inseguridad alimentaria en los desplazados que aumentan su tiempo de reasentamiento. En términos generales se aumenta la precariedad después de los primeros 3 meses, tiempo en el que al finalizar la ayuda humanitaria de emergencia la población desplazada debe buscar su propio sustento económico y la resolución de sus principales necesidades entre ellas la alimentación.

En cuanto a las afecciones respiratorias son reportadas por algunos hombres y mujeres de los dos grupos étnicos que son padres de familia. Generalmente las atribuyen a los cambios climáticos y en ocasiones a las condiciones de vivienda en lugares húmedos y bajo ambientes de hacinamiento, lo que los lleva a presentar con cierta frecuencia cuadros gripales y resfriados. Sin embargo, la mayor preocupación se da porque sus hijos menores, tienen una alta predisposición a adquirir enfermedades respiratorias que ha sido motivo de hospitalización en algunos casos.

Los problemas de tipo gastrointestinal son reportados por los adultos en general indistintamente de su edad y sexo, existiendo dos manifestaciones de las mismas: algunos hombres mayores los describen como una tendencia a desarrollar diarreas y dolores estomacales tras la modificación de sus hábitos alimenticios, en tanto que para hombres y mujeres las manifestaciones de gastritis y de exacerbación de su úlcera gástrica se debe a la influencia del estrés sobre su condición de salud.

Los dolores de cabeza también se constituyen en una afección que refieren los adultos de manera cotidiana. Tanto jóvenes como mayores atribuyen a la preocupación por la situación en que se encuentran y a la tensión emocional, el origen de dichos problemas.

Por otra parte para las mujeres en general, los problemas ginecológicos así como algunos problemas durante la gestación y la lactancia, son también motivo de preocupación. Si bien en el primero de los casos no se puede indicar al desplazamiento como su causa, sí ha incidido en la medida en que no han podido acceder a los servicios de salud con el fin de obtener un diagnóstico temprano o un manejo adecuado de sus afecciones. En cuanto a los problemas durante el embarazo y la lactancia, el desplazamiento provoca inestabilidad emocional durante el mismo, e incluso posibilidad de pérdidas. Por otra parte, al hacer referencia al periodo de la lactancia, es importante destacar que ésta no se proporciona en un ambiente adecuado para la madre ni para los recién nacidos dadas las condiciones de vivienda, marginación, preocupación permanente y falta de una nutrición balanceada, a la que están expuestas las mujeres desplazadas.

Finalmente se encuentran las afecciones que no han sido provocadas por el desplazamiento, y que de acuerdo con estudios de la Organización Panamericana de la Salud (1999), sobre la población que se encuentra en condiciones socioeconómicas de pobreza y de estilos de vida similares a la población desplazada en Colombia, son frecuentes que se presenten en gran parte de los adultos mayores como son los problemas musculoesqueléticos, cardiovasculares, de visión y urinarios, pero que igualmente requieren ser atendidos por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Desde el punto de vista de problemas musculoesqueléticos son percibidos por los adultos en general. Sin embargo para el caso de hombres y mujeres mayores se encuentran asociados al envejecimiento y a la posible presencia de enfermedades crónicas; en tanto que los jóvenes refieren problemas musculoesqueléticos que afectan principalmente su columna vertebral.

Las afecciones de tipo cardiovascular fueron referidas exclusivamente por hombres y mujeres mayores, y coinciden con los estudios de la OPS (1999), ya que las condiciones de vida y los factores de riesgo de la población colombiana en general la hacen una de las patologías que ocupan los primeros lugares en la tasa de morbilidad del país, frente a las cuales no se encuentran exentos los adultos mayores en condición de desplazamiento, pero sin que pueda atribuírsele a este factor su etiología.

Los problemas de visión fueron reportados por algunos adultos de los diversos grupos atribuyéndolos a diferentes causas desde accidentes que incidieron en su presentación, hasta los derivados del envejecimiento para el caso de la población adulta mayor.

## ***5.2 - Factores que inciden en la presentación de los problemas de salud***

Son muchos los factores que inciden en la presentación de problemas de salud, pero cabe destacar que dentro de los mas importantes se encuentra la precaria situación

económica por la que atraviesa la mayor parte de la población desplazada (Codhes-Unicef, 1997; Procuraduría General de la Nación, 1999). La limitación en sus ingresos impide a todos los entrevistado(a)s acceder a una alimentación balanceada que cubra los requerimientos nutricionales de la familia, asistir a los servicios de salud y dar continuidad a los tratamientos prescritos.

Se puede afirmar que las limitaciones económicas son motivo de preocupación permanente en la población desplazada y el elemento de mayor coincidencia por solucionar en todos ellos, y que de ser solucionado podría no solo redundar en la resolución de mucho de sus problemas de salud sino también en el mejoramiento de sus condiciones de vida en general.

A su vez se reconoce que el desplazamiento provoca cambios significativos al interior de las familias, como es la dificultad para conseguir un trabajo, ya que siendo la mayoría de los desplazados campesinos con un bajo nivel educativo, las ocupaciones que consiguen generalmente son en el sector de la construcción, vigilancia, servicio doméstico y el sector informal, o en los casos mas graves deben asumir la mendicidad, como una alternativa para obtener algún tipo de ingresos, lo que representa una pérdida de la autoestima y del rol que asumen dentro del hogar. Aspectos que a su vez han sido analizados en estudios previos como los desarrollados por la Procuraduría General de la Nación (1999) y Pérez (1998).

La imposibilidad de generar sus propios mecanismos de sustento hace que los hombres desplazados principalmente los mayores, refieran sentimientos de frustración frente al cambio que han tenido frente a sus responsabilidades económicas. Para el hombre resulta mas difícil asumir la pérdida de la jefatura del hogar o desarrollar otro tipo de ocupaciones frente a las cuales no se siente preparado para ejecutar.

Otro elemento que afecta la estabilidad familiar y por ende la salud mental de sus miembros, lo constituye el proceso de adaptación a una ciudad que les resulta desconocida, en donde encuentran un alto nivel de violencia callejera, manifestando

los adulto(as) tanto jóvenes como mayores, preocupación porque sus hijos entren a formar parte de pandillas, o asuman riesgos que son frecuentes en las grandes ciudades, principalmente la drogadicción. Así mismo el rechazo social que reciben de vecinos, e incluso de algunas instituciones aumenta sus condiciones de marginación y de exclusión social.

Así mismo, existen otros factores que son derivados de las condiciones medioambientales en que se encuentran ubicados sus lugares de vivienda. En su mayoría son tugurios o zonas marginales que no cuentan con servicios de alcantarillado, agua potable y luz (Ramos y González, 1999, Consejería Presidencial para la Atención Integral a la Población Desplazada, 1998), lo que expone a sus habitantes a altos niveles de contaminación ambiental. A esta situación se agrega el hacinamiento y la ausencia de espacios públicos para la recreación, aspectos todos que inciden en la presentación de problemas de salud físicos como las enfermedades infecciosas de tipo gastrointestinal y respiratorias, pero también a un compromiso de la salud mental, por el rechazo que les genera a sus habitantes dicho modo de vida y la añoranza permanente de las condiciones de vida que tenían en sus lugares de origen.

Finalmente los factores climáticos son asociados a la presentación de afecciones respiratorias entre ellas los resfriados comunes y la amigdalitis, que son reportadas por algunos hombres jóvenes como un evento que se presenta con frecuencia a nivel personal. Sin embargo para los que tienen la condición de padres los factores climáticos también han incidido en la aparición de problemas respiratorios en sus hijos menores.

### ***5.3 - La población desplazada frente al Sistema de Seguridad Social en Salud.***

El Ministerio de Salud ha implementado una Política de Atención Integral a la población desplazada mediante algunos acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, dentro de los cuales se destacan el Acuerdo 77 de 1997, por medio del cual se define la forma como operará el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el cual se obliga a cualquier Institución Prestadora

de Servicios de Salud (IPS) a brindar sus servicios de salud a la población desplazada que esté asegurada sin límite de territorio, aún cuando no exista contrato directo con una Aseguradora de Régimen Subsidiado. Por otra parte el Acuerdo 85 de 1997, ratifica el apoyo que debe dársele a la atención de las necesidades en salud de todas aquellas personas que han estado expuestas a riesgos inherentes al desplazamiento como los medioambientales, nutricionales y psicosociales (Organización Panamericana de la Salud- Ministerio de Salud, 1999).

Una gran parte de los entrevistados reconoce que ha podido recibir atención gracias a la carta de salud que acredita su condición de desplazado y que ha sido otorgada por la Red de Solidaridad Social. Sin embargo muchos de ellos, tanto hombres como mujeres describen que con frecuencia han tenido limitaciones en el acceso a los servicios de salud por errores en la inscripción de alguno de los miembros de su familia dentro del Sistema Único de Registro.

Otro elemento que se encontró en el estudio es que en una gran parte los desplazados principalmente los mayores no tiene claridad sobre los mecanismos de afiliación y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, coincidiendo en ese sentido con algunos de los resultados del estudio de Profamilia (2001), que al entrevistar a mujeres desplazadas encontró que la mayoría de ellas sabe que la salud es un derecho, pero un porcentaje reducido conoce la Ley 100 de Seguridad Social.

Esta situación se complica aún más cuando la burocracia del sistema, exige el cumplimiento de una serie de procedimientos y el diligenciamiento de expedientes que en la mayoría de las ocasiones los desplazados no están en capacidad de llevar a cabo, máxime cuando no están en condiciones de regresar a sus lugares de origen para recuperar parte de su documentación (Díez, 1997; Ramos y González; 1999).

#### **5.4 - Acceso a los servicios en salud por parte de la población desplazada**

Otra problemática que es frecuente encontrar en la población desplazada es la dificultad para acceder a las instituciones prestadoras de servicios de salud, ya sea por problemas de cobertura dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, o por limitaciones individuales o familiares (De Currea, 2000; Muggah, 1999).

Dentro de las fallas provenientes del sistema, se encuentra el rechazo que la mayoría de desplazados indistintamente de su edad y sexo, reciben de algunas instituciones prestadoras de servicios de salud, que en ocasiones se denota con actitudes de discriminación y que podrían atribuirse a problemas de comunicación internos entre el Sistema y las instituciones contratadas para la prestación de dichos servicios.

Sin embargo, para la mayoría de las mujeres jóvenes es evidente la falta de capacidad del sistema para cubrir sus principales necesidades de atención en salud, como es el caso de dotación de camas. Al respecto no se puede desconocer que para el caso colombiano, existen instituciones prestadoras de servicios de salud que tienen una limitada capacidad para el cubrimiento de las necesidades en salud de la población en general, lo que hace que en ocasiones la población desplazada deba acudir a diversas instituciones, hasta encontrar aquellas cuya infraestructura les permita satisfacer su problemática.

Otro de los problemas más frecuentes que encuentra la población desplazada es la falta de suministros de medicamentos, aspecto que recalcan gran parte de los entrevistados tanto jóvenes como mayores, y que coincide con una de las necesidades demandadas por los desplazados en un estudio previo desarrollado por la Organización Internacional para las Migraciones (2001).

Por otra parte, las restricciones económicas, conllevan a que la mayor parte de los desplazado(a)s presenten dificultades para acceder al pago de transporte, medicamentos y otro tipo de recomendaciones que les han sido prescritas,

encontrándose que la mayoría de los tratamientos están inconclusos o en el peor de los casos que no hayan podido iniciarse.

Desde el punto de vista de los usuarios también se encuentran en la mayoría de ellos limitaciones para acceder a los servicios, siendo la principal causa su difícil situación económica, coincidiendo con la Organización Internacional para las Migraciones (2001), quien establece que un 47% de los hogares desplazados no ha buscado atención profesional para sus problemas de salud, argumentando que la mayoría de ellos no lo ha hecho por razones financieras .

Por otra parte el desplazamiento, conlleva en muchos casos a un cambio de roles al interior del grupo familiar, obligando a que sea la mujer quien asume en muchos casos las responsabilidades económicas de su hogar. De allí que en opinión de las mujeres principalmente las jóvenes esta circunstancia se convierte en una limitantes para acceder a las instituciones de salud, ya que expresan su temor de perder el único de medio de sostenimiento con el que cuentan para sus familias. En otras ocasiones algunas mujeres tanto jóvenes como mayores refieren no contar con el apoyo de otra persona para cuidar de sus hijos menores o de algún otro miembro de su familia que así lo requiera, en caso de que sea necesario asistir o someterse a un tratamiento específico en una institución de salud.

### ***5.5 - ¿Qué necesidades de atención en salud tiene la población desplazada?***

El apoyo psicológico es uno de los elementos prioritarios a cubrir en la población desplazada dada la gran problemática que existe sobre su salud mental. Sin embargo a pesar de ser reconocida como una de las afecciones que los comprometen, es una necesidad que refieren para si mismas las mujeres mayores y los hombres jóvenes, como una alternativa para afrontar los conflictos que les ha generado el desplazamiento.

Sin embargo las mujeres jóvenes que tienen la condición de madres de familia visualizan la necesidad de apoyo psicológico, para otros miembros de su familia, principalmente para sus hijos menores o en ocasiones para sus parejas, constituyéndose en una alternativa para el manejo de sus hijos, ya que muchos de

ellos han generado actitudes de rebeldía y rechazo a su forma de vida, alterando la dinámica del grupo y en algunas ocasiones generando un clima de violencia intrafamiliar.

Llama la atención que los hombres mayores a pesar de que describen su problemática a nivel de salud mental, no demandan atención en el área psicológica, posiblemente por tener otras concepciones frente al manejo de éstos problemas o al poco conocimiento que tienen del aporte que puedan brindarles profesionales especializados en éste campo.

Otra necesidad de atención en salud que fue expresada por algunos hombres y mujeres tanto jóvenes como mayores lo constituyó el servicio odontológico, ya que expresan su interés por disminuir sus disfunciones provenientes de problemas odontológicos

La mayor parte de la población adulta desplazada independientemente de su edad y sexo, demanda el suministro de medicamentos por parte del Sistema, ya que en el concepto de una gran mayoría de los entrevistados, no están siendo suministrados de manera oportuna o en otros casos no existe disponibilidad del mismo.

A su vez el requerimiento de soporte alimenticio y nutricional hace que la mayoría de los adultos jóvenes y mayores que son padres y madres de familia, visualicen la necesidad de contar con éste para suplir los déficits que tienen sus hijos como consecuencia de la desnutrición, o la modificación significativa de sus hábitos alimenticios.

Otro tipo de necesidades demandadas a nivel de salud lo constituyen los servicios preventivos expresado por hombres y mujeres principalmente jóvenes, entre los cuales se destacan la asistencia a medicina general. En tanto que otros programas preventivos como los de vacunación son demandados de manera exclusiva por gran parte de las mujeres jóvenes que son madres, ya que el desplazamiento ha obligado a la interrupción del plan de vacunación que traían con sus hijos. Finalmente las

mujeres tanto jóvenes como mayores refieren su necesidad de contar con los exámenes diagnósticos, y un seguimiento ginecológico periódico que les permitiría el control oportuno de posibles problemas que afecten su salud.

Finalmente para unas pocas mujeres tanto jóvenes como mayores sus problemas de origen musculoesquelético demandan los servicios de rehabilitación, mientras que para algunos adultos tanto jóvenes como mayores la prescripción de elementos protésicos para sus miembros inferiores y para sus ojos les permitirían una mayor independencia funcional.

#### ***5.6 - Mecanismos de solución frente a sus problemas y necesidades en Salud.***

Son diversas las posiciones que asumen los desplazados frente a la necesidad de satisfacer sus problemas de salud, sin embargo para muy pocas mujeres, la diversidad de problemas que deben afrontar los llevan en ocasiones a no visualizar una solución real, y a mantener un ambiente de incertidumbre permanente.

En tanto que para algunos hombres jóvenes y mayores a diferencia de las mujeres la situación del desplazamiento los lleva a asumir con resignación la posibilidad de una muerte temprana. Esto posiblemente se deba a que tradicionalmente el hombre tiene poca tolerancia a sus cambios de rol y modos de vida, en tanto que para la mujer principalmente aquellas que son madres y han asumido la jefatura del hogar la responsabilidad por mejorar las condiciones de vida de sus hijos las lleva a la búsqueda de otros mecanismos de solución para sus problemas.

Frente a las alternativas externas para la solución de sus principales problemas de salud la gran mayoría de hombres y mujeres desplazados, reconocen la importancia de asistir a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de llevar a cabo las recomendaciones y prescripciones que les proporcionan diversos profesionales de la salud. Sin embargo ante las dificultades económicas que limitan su acceso a las mismas, deben buscar otras alternativas que permitan mejorar sus condiciones de salud actuales.

Otra de las alternativas externas frecuentemente utilizadas es la búsqueda de apoyo en la familia mediante el diálogo; convirtiéndose en una de las estrategias más utilizadas por las mujeres jóvenes, en tanto que la búsqueda de redes sociales es una alternativa que usan principalmente las mujeres de los dos grupos etáreos y los adultos jóvenes. Sin embargo el apoyo en redes sociales es un elemento que se visualiza aun débil, si se tiene en cuenta que las relaciones de tipo social y productivas primarias se ven destruidas con el desplazamiento, perdiéndose las mas cercanas compuestas por la familia nuclear y amigos; como las intermedias de la que hacen parte la familia extensa y relaciones sociales y las mas externas y alejadas de las que hacen parte vecinos, compañeros y organizaciones, entre otras. (Giraldo y cols, 1999).

A su vez dentro de las alternativas internas con las que cuenta la población desplazada para la solución de sus problemas de salud se destaca el uso de la medicina popular. Posiblemente el proceder de zonas rurales y pequeñas cabeceras municipales, en donde priman diversas creencias culturales hacen que la mayoría de las mujeres tanto jóvenes como mayores utilicen los saberes populares para el manejo de sus principales problemas de salud en una mayor proporción que los hombres, posiblemente ligado al rol que durante mucho tiempo ha tenido la mujer de cuidar y proteger a los miembros de la familia.

Así mismo existen otras estrategias utilizadas por algunos de los desplazados como la automedicación aspecto que resulta común a la población en general que decide manejar de ésta manera las afecciones que comprometen de manera leve su salud.

Las creencias religiosas se constituyen para la gran mayoría de los entrevistados en uno de los mecanismos mas utilizados para buscar solución a su problemática. Esto sin lugar a dudas es una característica muy común de las poblaciones que mantienen arraigados esquemas culturales ligados a la sanación principalmente las mujeres jóvenes y mayores. En tanto que los hombres y mujeres jóvenes encuentran en la religión mecanismos que favorecen su tranquilidad y la protección frente a posibles factores de riesgo para su salud.

Finalmente desde el punto de vista de estrategias de autocontrol mientras algunas mujeres jóvenes y mayores buscan olvidar las situaciones generadoras de problemas principalmente de tipo emocional, buscando de esta manera irradiar tranquilidad a los demás miembros de su familia; los hombres tanto jóvenes como mayores reconocen la importancia de ocupar el tiempo libre en diversas actividades tanto para si mismos como para sus familias.

---

## 6 CONCLUSIONES

---

La fase de transición dentro del desplazamiento forzado que se da una vez las personas definen un lugar de asentamiento y cesan las ayudas humanitarias de emergencia, obliga a la generación de una economía independiente que en la mayoría de los casos corresponde a una de subsistencia, uniéndose elementos negativos del desplazamiento con la adaptación a un ambiente en la mayoría de los casos precario, en donde la cadena de pobreza, violencia y marginación social se constituyen en los principales limitantes para el desarrollo de una vida digna de cualquier ser humano.

La problemática en salud para la población desplazada se origina a partir de los eventos traumáticos que genera el mismo desplazamiento así como por las condiciones de vida en los barrios marginales de una ciudad con tantas desigualdades sociales como es Bogotá. De esta manera es frecuente que se presenten problemas de salud que resultan comunes a la población de las mismas características socioeconómicas suyas.

El compromiso de la salud mental es el principal problema de salud de la población desplazada por conflicto armado asentada en la ciudad de Bogotá, que se manifiesta con estrés, nerviosismo, ansiedad, cambios de temperamento y trastornos del sueño, entre otros aspectos, afectándolos no solo desde el punto de vista individual sino también en su dinámica familiar y en sus procesos de adaptación social.

Un problema que afecta a la población en general, lo constituye los problemas de acceso a la alimentación, derivados de los cambios significativos en la dieta y de la ingesta alimenticia, aspectos que los lleva a presentar desnutrición en algunos de ellos, principalmente en los menores de edad; convirtiéndose de ésta manera en una de las principales necesidades que expresan las mujeres y hombres principalmente del grupo de jóvenes que son madres y padres de familia.

Desde el punto de vista de necesidades de atención en salud todos los desplazados describen el compromiso de su salud mental, sin embargo son las mujeres mayores y hombres jóvenes los que en mayor medida demandan éste servicio para si mismos. Por otra parte, para la mayoría de las mujeres jóvenes el apoyo psicológico lo ven como una estrategia que puede contribuir al mejoramiento de la condición anímica y de manejo del conflicto por parte de sus hijos

El acceso a los medicamentos es otra necesidad que expresa la mayor parte de la población entrevistada, encontrando dificultades para que les sean proporcionados desde los servicios de salud de manera oportuna, o en otros casos a que no exista disponibilidad de los mismos. En la mayoría de las ocasiones a pesar de contar con su prescripción las condiciones económicas de la población limita su posibilidad de compra, o la continuidad de los tratamientos prescritos.

A pesar del marco legal que garantiza la cobertura en salud para la población desplazada y los beneficios dentro del SGSSS, existen una serie de problemas al interior del sistema que están limitando su acceso al mismo, derivadas de fallas de comunicación a nivel interinstitucional, de una capacidad insuficiente para responder a las necesidades en salud y a la discriminación y rechazo al que se están viendo expuestos los hombre y mujeres desplazados al demandar la prestación de servicios en algunas instituciones de salud de la ciudad.

La situación económica se convierte en la principal limitante que tiene la población desplazada para cubrir sus principales necesidades en salud, que se manifiesta en la imposibilidad para cambiar su hábitat, satisfacer los requerimientos nutricionales, acceder a los servicios de salud y en la mayoría de los casos para dar cumplimiento a las recomendaciones y prescripciones terapéuticas que les han sido proporcionadas desde las instituciones de salud. Para el caso específico de algunas mujeres el haber asumido la jefatura del hogar y las consiguientes responsabilidades económicas por el cambio de rol que le generó el desplazamiento, se convierte en una limitante para acceder a los servicios de salud.

La mayor parte de la población desplazada elige la asistencia a las instituciones de salud para la solución de sus principales problemas, sin embargo, las limitaciones en su acceso obligan al uso de otras alternativas que se encuentran a su alcance como la medicina popular, la cual es usada en mayor proporción por las mujeres. Otras estrategias utilizadas tanto por hombres como mujeres lo constituyen la automedicación, el soporte en sus creencias religiosas, así como el apoyo en sus familia y en algunas redes sociales, como las alternativas de mayor opción para la resolución de sus principales problemas de salud.

Dentro de la población que no encuentra una solución real a su problemática llama la atención en algunos hombres la aceptación temprana de la muerte, a diferencia de la mujer para quien las responsabilidades de cabeza de hogar y madre se constituyen en una motivación para la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de vida de su familia.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

---

1. Alarcón R. Trastorno de estrés post-traumático: historia, epidemiología y etiopatogenia En: Violencia y trauma: aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En: Colección Educación Médica. Memorias del VII Simposio Internacional de Actualización en Psiquiatría Universidad el Bosque. Escuela Colombiana de Medicina. Instituto Colombiano del sistema Nervioso; 1999 Marzo 18-21. Santa Fe de Bogotá. Colombia; 1999. p. 63-78.
2. Angarita R. Protección de las Víctimas de los Conflictos Armados. En: TM Editores. Conflicto Armado y Derecho Humanitario. Bogotá, IEPRI. CICR; 1997.p.45-175.
3. Arango, H. El Conflicto Armado en Colombia. En: Convenio Unicef-Fes Defensoría del Pueblo. Impacto de los conflictos armados en la Infancia. Memorias de la Consulta para la Región América Latina y del Caribe. Santafé de Bogotá; 1996 sep. p. 37-70
4. Ardila C. El Desplazamiento: último acto de un drama silenciado. En: La Cosecha de la Ira. Fundación Social Colombiana Cedavida. Bogotá; 1996.
5. Ardila E, Tuft E. Children an armed conflict in Colombia. Ibero Americana Nordic Journal of Latin American Studies 1995;XXV(1-2):99-139.
6. Arias V, Bohórquez M. Lineamientos para la atención psicosocial de la población desplazada por la violencia en Colombia. Ministerio de Salud. Dirección General para el desarrollo de Servicios de Salud. Subdirección de Urgencias, Emergencias y Desastres. Santa fe de Bogotá; 1999.

7. Arquidiócesis de Bogotá, Codhes. Desplazados: Huellas de Nunca Borrar. Casos de Bogotá y Soacha. Bogotá: La Arquidiócesis de Bogotá Codhes; 1999.
8. Arquidiócesis de Bogotá, Codhes. Senderos. Rostros Invisibles del desplazamiento en Bogotá. Bogotá: La Arquidiócesis de Bogotá, Codhes; 2001.
9. Arquidiócesis de Cali. Comisión Vida, Justicia y Paz. Desplazados en Cali: entre el miedo y la pobreza. Estudio Exploratorio. Informe Preliminar. Cali: La Arquidiócesis de Cali. 1997.
10. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Zonas Marginales. Situación de las Mujeres Desplazadas. Bogotá; 2001.p.123-128.
11. Balcells J. La Investigación Social. Introducción a los métodos y las técnicas. Barcelona. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A; 1994.
12. Castaño B. Experiencias en Rehabilitación y Recuperación Psicosocial. Impacto de los conflictos armados en la Infancia. Memorias de la Consulta para la Región América Latina y del Caribe. Santafé de Bogotá; 1996 sep. p. 44-49.
13. Castro M, Arabia J, Celis A. El Conflicto Armado: la estrategia económica de los principales actores y su incidencia en los costos de la violencia 1990-1998. rev Departamento Nacional de Planeación. Conflicto Armado: criminalidad, violencia y desplazamiento Forzado. Bogotá: DNP 1999 jul-sep; XXX (3):81-105.
14. Centro de Investigación y Educación Popular – Cinep. Informe sobre el desplazamiento en Colombia. Bogotá; 1997 Ene 1- Oct 31.
15. Comisión de Estudios Sobre la Violencia. Colombia: Violencia y Democracia. Universidad Nacional de Colombia. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la

Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas. Santa Fe de Bogotá, Universidad Nacional Colciencias; 1989.

16. Comisión de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Informe del Representante del Secretario General sobre Desplazados Internos. Mr. Francis M. Deng, presentado de acuerdo con la Resolución de la Comisión 1999/47. Profiles in Displacement: Follow-up Mission to Colombia, E/CN.4/2000/83/Add.1. 11 de enero de 2000
17. Comité Internacional de la Cruz Roja. Actividades del CICR en Colombia a Favor de los Desplazados Internos Bogotá; 1999.
18. Comité Internacional de la Cruz Roja. Colombia: asistencia a personas desplazadas en el interior del país. Bogotá; 2001.
19. Conclusiones del I Encuentro de Responsables de Nutrición de Organizaciones de Ayuda Humanitaria en Colombia. [citado 5 Feb 2002]; <http://www.col.ops-oms.org/desplazados/documentos/ach/default.htm>.
20. Consejería Presidencial para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia. Plan Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia. Santa Fe de Bogotá; 1998.
21. Consultoría para el Desplazamiento Forzado y los Derechos Humanos; Fondo de Las Naciones Unidas para la Infancia. Marginalidad y Pobreza. Otro drama de los desplazados. En: Un País que Huye. Desplazamiento y Violencia en una Nación Fragmentada. [citado 7 feb 2002]. <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/libros/despl/02.html>).
22. Corporación Salud y Desarrollo. Epidemiología de la Violencia en Colombia. Procedente de: Memorias Foro Nacional: El Sector Salud frente a la Violencia en

Colombia. Políticas y Plan de Acción; 1997 Nov 19-21; Bogotá: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención; 1997.p.244-269.

23. Cruz J. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. Rev Panam Salud Pública. 1999 Abr- May: 5 (4-5). [www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49891999000400009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000400009&lng=es&nrm=iso)
24. Cubides F, Olaya A, Ortiz C. La Violencia y el Municipio Colombiano. 1980-1997, Centro de Estudios Sociales - CES. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 1998.
25. Cuéllar, R. Situación en cinco países. En: Impacto de los conflictos armados en la infancia. Memorias de la Consulta para la región de América Latina y del Caribe. Santa Fe de Bogotá: Convenio Unicef. Fes. Defensoría del Pueblo; 1996 Sep. p. 67-68.
26. De Currea LV. Protección del Sector Salud en Colombia: Un Paso para la Humanización del Conflicto Armado. En: Conversaciones de Paz. La Salud en la Agenda para la paz. Santa Fe de Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo Agenda Ciudadana por la paz, la vida y la libertad; 2000 ene. p. 29-58.
27. De los Ríos A. Algunas consideraciones y datos relacionados con la situación de violencia en Antioquia. En: Fundación Escuela Colombiana de Medicina Procedente de Primer Encuentro de Egresados .Violencia, Salud y Universidad [memorias];1989 Ago 25-26;. Bogotá. Editorial Kimpres Ltda.; 1990.p. 53-157.
28. Defensoría del Pueblo Ministerio Público. República de Colombia. “Niños y niñas en Condición de Desplazamiento Forzado”. La Niñez y sus Derechos [Boletín] Santa fe de Bogotá. 1998 jun ;(4); p. 10-39.

29. Defensoría del Pueblo. Los efectos del Conflicto Armado en la Sociedad Civil: El desplazamiento. En: Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Corporación Salud y Desarrollo. El Sector salud frente al desplazamiento por la Violencia en Colombia. Encuentros Interinstitucionales. Bogotá; 1998 ene-feb. p. 33-65.
30. Departamento Administrativo de Planeación Distrital. Subdirección Económica de Competitividad e Innovación. Gerencia de Estratificación y Monitoreo Urbano. La Estratificación Socioeconómica de Bogotá, D.C.1995–2000. [citado 15 jun 2002]. <http://www.dapd.gov.co/estrac.htm#4>.
31. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Hogares Año 2000. [Informe] Bogotá: Dane; 2001 mar ;(35).
32. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad De Vida. [citado 7 Feb 2002]. [http://www.dane.gov.co/Informacion\\_Estadistica/Estadisticas/Calidad\\_vida](http://www.dane.gov.co/Informacion_Estadistica/Estadisticas/Calidad_vida).
33. Diario Oficial. Ley 387/1997, de 18 de Julio, por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado, la atención protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. Diario Oficial 43091 24/07/97.
34. Díaz O. Lazos Familiares territorios que se quiebran. Un estudio de caso sobre los cambios en la tipología familiar, en familias en situación de desplazamiento forzoso [Trabajo de Grado]. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Trabajo social; 1998
35. Diez G. Condiciones de Salud de Familias desplazadas por Violencia en Urabá. Instituto de Ciencias de la Salud. CES. [citado 18 nov 2001]; <http://www.disaster.info.desastres.net/desplazados/informes/efectos/>

36. Duque L. La Violencia en Itagui, Antioquia: prevalencia y distribución. Inf. Quinc. Epidem. Nac. vol.5 n.5 Santa Fé de Bogotá March 15 2000.[citado 15 nov 2001]. [http://www.scielo.br/cgi-bin/be/fbtext?got=last&pid=S0122-9907\(00\)00500501&usr=fbpe&lng=es&nrm=iso&seq=-&sss=1&aut=71981947](http://www.scielo.br/cgi-bin/be/fbtext?got=last&pid=S0122-9907(00)00500501&usr=fbpe&lng=es&nrm=iso&seq=-&sss=1&aut=71981947)
37. Franco S. El Quinto No Matar. Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia. Santa Fe de Bogotá: Tm Editores IEPRI UN; 1999.
38. Franco S. Violence and Health in Colombia. Pan American Journal of Public Health Salud Publica;1997 sep;2(3).p.170-180.
39. Franco S. Violencia y Salud en Colombia. el Sector Salud Frente a la Violencia en Colombia. Políticas y Planes de Acción. En: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención Memorias Foro Nacional; 1997 Noviembre 19-21; Santa Fe de Bogotá; 1997. p 27-39.
40. Franco S. Violencia y/o Salud. Elementos preliminares para pensarlos y actuarlos. Procedente de grupo de trabajo Violencia y Salud en América Latina. Río de Janeiro; 1989 Dic 11-14; Rio de Janeiro; 1990.
41. García M. Los Desplazados por la Violencia en Colombia. Con su dolor sin rumbo. En: Universitas Humanística. Santafé de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Sociales. Fundación Fumio Ito 1999 Ene-Jun ;(47): p 15-31
42. Giraldo V, Carreño L, Rojas Z. "De humanos a desplazados... huellas de nunca borrar". Aproximación diagnóstica a la problemática del desplazamiento en Soacha. Cundinamarca. [Trabajo de grado] Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Trabajo Social.; 1999.
43. Gobernación del Valle del Cauca. Secretaria Departamental de Salud. "Hacia La Construcción de un Modelo Piloto para el diseño e Implementación de un Sistema

de Información de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica en Poblaciones Desplazadas por Violencia Política". [citado 7 Feb 2002]. [Http://Www.Col.Ops-Oms.Org/Desplazados/Documentos/Sdsvalle/Creditos.Htm](http://Www.Col.Ops-Oms.Org/Desplazados/Documentos/Sdsvalle/Creditos.Htm).

44. Gómez M, Torres S, Rodríguez M. Caracterización del comportamiento ocupacional de personas desplazadas por la violencia. Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia. 2000 Ene-Mar; 48 (1):3-10.
45. Guerrero R, Treviño F, Perrin P, Edelman P. La Violencia como Problema de Salud Pública. En: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Memorias de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. 1994, Noviembre 16-17. Washington. D.C. 1994.
46. Guerrero R. Epidemiología de la Violencia en la Región de las Américas, El caso de Colombia. Segunda Conferencia Anual del Banco Mundial para el Desarrollo en América Latina y el Caribe. 1996 junio 30 - julio 02. Bogotá; 1996.
47. Hemeroteca Nacional Universitaria 1996 ene 24-26. Santa Fe de Bogotá tiempos de paz colección, Colombia. 1996 may .p.111-130.
48. Hernández E, Salazar M. Con la Esperanza Intacta. Experiencias Comunitarias de Resistencia Civil no Violenta 1 Ed. Bogotá: Oxfam-GB; 1999.
49. Hernández E, Salazar M. Con la Esperanza Intacta. Experiencias comunitarias de resistencia civil no violenta 1 Ed. Bogotá: Oxfam- GB ;1999.
50. Hjar-Medina M, López L, Blanco M. La violencia y sus repercusiones en la salud. reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. Rev Salud Pública. México; 1997 39(6) p.565-572. <http://www.insp.mx/salud/39/396-9.html>

51. Human Rights Watch. Colombia guerra sin cuartel. Colombia y el derecho internacional humanitario. New York;1998.
52. Informe Exodo. Procedente de: Memorias Foro Nacional: El Sector Salud frente a la Violencia en Colombia. Políticas y Plan de Acción; 1997 Nov 19-21; Bogotá: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención; 1997.p. 3-68
53. Informe Sobre Desplazamiento Forzado en Colombia. Procedente de Conferencia Episcopal Colombiana. [Boletín] Bogotá; 2001 Ene - Mar ;( 9).
54. LAC RSS. Sistema de Información y Análisis sobre Reforma del Sector Salud. Colombia: Reporte del País revisado el 10 de abril de 1998. [citado 15 jun 2002]. En: [www.americas.health-sector-reform.org/spanish/col.htm](http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/col.htm).
55. Levav I. Salud Mental para Todos en América Latina y el Caribe. Bases Epidemiológicas para la Acción. En: Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Santafé de Bogotá; 1993.
56. Lozano S. Un reencuentro consigo misma: cambios de rol, estilos de vida y prácticas sociales de la mujer desplazada por la violencia política. Un estudio de caso [Trabajo de Grado]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Trabajo Social; 2000.
57. March J, Prieto M, García M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios en salud: algo más que otro tipo de técnicas. En : Gaceta Sanitaria; 1999; 13(4): 312-319.
58. Meertens D. Desplazamiento Forzado y Género; trayectorias y estrategias de construcción vital. En: Desplazados, Migraciones internas y reestructuraciones territoriales. Observatorio Sociopolítico y cultural. Centro de Estudios Sociales. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. Ministerio del Interior. Bogotá; 1999:412.

59. Meertens D. Mujer y violencia en los conflictos rurales. En: Análisis Político. 1995; (24):36-49.
60. Meertens D. Víctimas y sobrevivientes de la guerra: Tres miradas de género. En: Colección CES. Las Violencias: inclusión creciente. Bogotá: Universidad Nacional Facultad de Ciencias Humanas; 1998 may. p 236-65.
61. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. London; 1994
62. Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud. Perfil Epidemiológico de la Población Desplazada en Barrio Mandela. Colombia, [citado 5 feb 2002] <http://www.col.ops-oms.org/desplazados/informes/mandela/index.htm>
63. Ministerio de Salud Seguridad Social en Salud. Sistema de Consultas de Normas Jurídicas Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ley Número 59 de 29 de abril de 1997 Acuerdo Por el cual se declara como evento catastrófico el desplazamiento masivo de población por causa de la violencia y se adoptan otras medidas relacionadas. [CD-ROM]. 2000 mar.
64. Morales M, Torres L. Principales problemas de salud de los desplazados por la violencia. Pavarandó y Turbo. Programa de Urgencias, Emergencias y desastres. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de salud Pública; 1998.
65. Muggah R. Capacidades Institucionales en medio del conflicto. Una evaluación de la respuesta en la Reubicación de la Población Desplazada en Colombia. En DNP. Conflicto Armado: criminalidad, violencia y desplazamiento Forzado. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 1999 jul-sep; XXX (3):233-290.
66. Nieto PA. Repercusiones sociales de la violencia Reciente en Colombia. El caso de los desplazados, el temor y el miedo como síntoma social [Trabajo de Grado] Bogotá, Universidad Nacional. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Antropología; 2000.

67. Organización Internacional para las Migraciones. Diagnóstico de población desplazada y comunidades de recepción en seis departamentos de Colombia. [citado 20 nov 2001]. <http://www.col.ops-oms.org/desplazados/informes/oim/diagnosticooim.htm>.
68. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Perfiles básicos de salud de países en las Américas. Resúmenes. Boletín Epidemiológico. [citado 9 feb 2002]. <http://www.paho.org/Spanish/SHA/prfICOL.htm#morbimortal>.
69. Organización Panamericana de la Salud. La Violencia: un problema de Salud Pública que se agrava en la Región. Boletín Epidemiológico. 1990;11:1-7.
70. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud. Atención integral en salud a la Población Desplazada por la Violencia en Colombia; 1999.
71. Osorio F. La Violencia del Silencio. Desplazados del Campo a la Ciudad. Bogotá: Codhes. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas; 1993.
72. Pakman M. Construcciones de la Experiencia Humana. De Gedisa. 1996.
73. Palacio J, Abello R, Madariaga C, Sabatier C. Estrés postraumático y resistencia psicológica en jóvenes desplazados. División de Humanidades y Ciencias Sociales. Dirección de Investigaciones y Proyectos. Universidad del Norte. Revista del Centro de Investigaciones en Desarrollo Humano. 1999 dic;(10):16-29
74. Pellegrini A. La violencia y la salud pública. Rev Panam Salud Pública, 1999 abr-May, (5): 4-5. [www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49891999000400005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000400005&lng=es&nrm=iso)

75. Pérez G. Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. I. Métodos. Editorial La Muralla S.A. Madrid. 1994.
76. Perez G. Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. II. Técnicas y Análisis de Datos. Editorial La Muralla S.A. Madrid. 1998.
77. Pérez SL. Violencia desplazamiento y supervivencia el caso del barrio el progreso en el municipio de Soacha [Trabajo de Grado]. Bogotá: Universidad Nacional. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Antropología; 1998
78. Piédrola G. La Salud y sus determinantes. Concepto de Medicina Preventiva y salud Pública. En: Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª. Edición. Editorial Masson. Barcelona. 2001.
79. Pizarro J. El análisis de estudios cualitativos. En: Atención Primaria. 2000, 25 (1)
80. Presidencia de la República. Registro Nacional de Población Desplazada por la Violencia [citado 4 jun 2002]. [http://www.col.ops-oms.org/desplazados/informes/red/Registro\\_feb\\_18\\_2002.xls](http://www.col.ops-oms.org/desplazados/informes/red/Registro_feb_18_2002.xls).
81. Procuraduría General de la Nación. Instituto de Estudios del Ministerio Público. Procuraduría Delegada para la Defensoría del Menor y la Familia. Raíces sin tierra. Atención e impacto del Desplazamiento Forzoso. Santa Fe de Bogotá: La Procuraduría .1999.
82. Programa Mundial de Alimentos Colombia. Estudio de Caso de las Necesidades Alimentarias de la Población Desplazada de Colombia. 2001 jun 14 [citado 18 Nov 2001]. <http://www.col.ops-oms.org/desplazados/informes/pma/FinalReportSpanish.htm>

83. Ramos J, González J. El problema de los grupos desplazados por la violencia. Una visión departamental y barrial. Revista del Centro de Investigaciones en Desarrollo Humano. División de Humanidades y Ciencias Sociales. Dirección de Investigaciones y Proyectos 199 Dic; (10):30-77
84. Rangel A. Colombia guerra irregular en el fin de siglo. En: Memorias del encuentro Colombo-Español Paz y Guerra en Conflictos de baja intensidad: el caso colombiano
85. Red de Solidaridad Social, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados en Colombia (1999). Ley 387 del 18 de julio de 1997. Santa Fe de Bogotá.
86. Red de Solidaridad Social. Presidencia de la República. Programa para la Población Desplazada por la Violencia. 2002 [citado 5 feb 2002]. <http://www.presidencia.gov.co/red/desplaza/desplintrod.htm>.
87. Ribot C, Fernández TG, García D. Investigación cualitativa en atención primaria. En: Atención Primaria. Vol. 25. Núm. 5. Marzo 31 de 2000.
88. Rodríguez J. Esta Guerra no es nuestra. Niños y Desplazamiento Forzado en Colombia. UNICEF. Oficina de Area para Colombia y Venezuela. Santa Fe de Bogotá, Marzo de 2000.
89. Rodríguez KA. Los niños, las guerras y la perversión adulta. Revista del centro de Investigaciones del Desarrollo Humano. Universidad del Norte Barranquilla. 1999 dic;(10):2-15.
90. Rojas J, Codhes edición. Desplazamiento, Derechos Humanos y Conflicto Armado. Bogotá; 1993.

91. Rueda R. Desplazados por la Violencia en Colombia: entre el miedo... la soledad... y la esperanza. Universidad Nacional de Colombia. Centro de Estudios de Hábitat Popular–Cehap. Medellín. 1997.
92. Ruiz J. Metodología de Investigación Cualitativa. Universidad de Deusto. Bilbao. Pag. 31. 1999.
93. Salazar M. La Violencia estructural en América Latina y sus efectos sobre la niñez. En: TM Editores - Save the Children Fund (UK). Niños y Violencia el caso América Latina. Bogotá; 1993. p. 25- 67.
94. Sánchez C, Agudelo C. ¿Entendemos Mejor la Violencia?. Rev Salud Pública. Universidad Nacional. 2000 Mar ;2(1); p 47-56.
95. Secretariado Nacional de Pastoral Social. RUT informa. 2001 abr-jun [citado 7 feb 2002];(10); <http://www.col.ops-ms.org/desplazados/informes/rut/10/default.htm#enfermedades>.
96. Sedky-Lavandero J. Ni un solo niño en la guerra. Infancia y conflictos armados. Icaria. Barcelona. 1999.
97. Segura N. Desplazamiento en Colombia: perspectivas de género. Revista Foro. 1998 jun;(34);p 5-40.
98. Summerfield D. El Impacto de la guerra y de la atrocidad en las poblaciones civiles. Principios básicos para intervenciones de ONG'S y una crítica de los proyectos de trauma psicosocial. En: Corporación Avre. Violencia Política y Trabajo Psicosocial Aportes al debate. Bogotá; 1998. p 74-128
99. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. Barcelona Paidós. 1998.

100. The Brookings-Cuny Project on Internal Displacement . Internal Displacement in the Americas: Some Distinctive Features. An Occasional Paper. May 2001.
101. Tobón G. Mujeres y Conflicto Armado. Nova & Vetera. Instituto de Derechos Humanos Guillermo Cano [Boletín]. 1998 Dic-Ene; (29). p 10-28.
102. Toole M, Waldman R. Refugees and Displaced Persons. War, Hunger, and Public Health. JAMA. 1993 Aug 4; 270(5); p. 600-605.
103. Torres LS. Morbilidad en los desplazados por la violencia en 25 municipios del departamento de Antioquia. 1997-1998. Bogotá;1999. Patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud.
104. U.S. Committee for Refugees. Immigration and Refugee Services of America. Colombia's Silent Crisis. One million displaced by violence. 1998:1-44.
105. Unicef-Colombia. El dolor oculto de la Infancia. Santa Fe de Bogotá; 1999.
106. United Nations. Promotion and protection of the rights of children. Impact of armed conflict on children. Fifty-First Session. 1996 Aug 26; 1996
107. Uribe A, Paredes N. A cinco años de aplicación de la reforma, ¿Qué ha pasado con el derecho a la salud?.1998 [citado 7 feb 2002]. <http://www.plataforma-colombiana.org/coloquio/AUribe~NParedes-salud-14.html>.
108. Valles M. Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión Metodológica y práctica profesional. Síntesis Sociológica. Madrid. Pag. 55-62. 2000.
109. Williamson R . La salud y la nutrición infantil en los países en desarrollo. Bol of Sanit Panam 107 (4), 357-362. 1989.

110. Zafra G. Los desplazados internos por la violencia: un problema fundamental en Colombia. Organización de Estados Americanos. Subsecretaría de Asuntos Jurídicos. 2001 [citado 20 dic 2001]. <http://www.oas.org/juridico/spanish/zafra.html>.
111. Zatzick D, Marmar C, Weiss D, Browner W, Metzler T, Golding J. et als. Posttraumatic Stress Disorder and Functioning and Quality Outcomes in a Nationally Representative Sample of Male Vietnam Veterans. *Am J Psychiatry*; 1997 Dec;152: 12, 1690-1695.

**ANEXO 1****GUIA DE ENTREVISTA**

1. ¿Cómo ha cambiado su vida o la de su familia al trasladarse a Bogotá?
2. ¿Qué problemas ha encontrado después de su desplazamiento?
3. ¿Por qué se han generado dichos problemas?
4. ¿Qué conocimientos tiene frente al sistema de seguridad social en salud?
5. ¿Su salud se ha visto afectada por el desplazamiento?
6. ¿Cuáles han sido los problemas de salud mas frecuentes que ha tenido?
7. ¿Conoce la causa de ellos?
8. ¿Cuando presenta algún problema de salud como lo soluciona?
9. ¿Con qué recursos cuenta para resolver los problemas en salud?
10. ¿Conoce los servicios que ofrecen las instituciones de salud más cercanas a su lugar de residencia?
11. ¿Ha participado en alguno de ellos?

12. ¿Que servicios en salud deberían ofrecerse a las personas desplazadas?  
(Vacunación, odontología, consejería sexual, servicio médico, quirúrgico, hospitalización, rehabilitación, etc).

13. Que servicio requiere usted en este momento?

## ANEXO 2

### MAPA DE BOGOTA

