

Realidades y retos del acceso a la salud de la población víctima del conflicto armado beneficiaria del programa tejiendo esperanzas del centro dignificar de chapinero, narrativa de las víctimas

Realities and challenges of access to health for the population victim of the armed conflict benefiting from the program weaving hopes of the dignify center of chapinero, narrative of the victims

Lozano Gómez, María del Pilar¹

¹ Fundación Universitaria Sanitas/Facultad de Enfermería, Bogotá D.C, Colombia, mplozanogo@unisanitas.edu.co, mdlozanog@unal.edu.co

Resumen

Introducción: El conflicto armado interno que vive Colombia ha traído como consecuencia la migración de personas, familias y colectivos. En Bogotá, de acuerdo con la secretaría distrital de salud 321.163 personas víctimas se encontraban afiliadas al sistema general de seguridad social en 2017. Sin embargo, el acceso en salud no está dado por la inscripción a una entidad de salud, éste está dado en términos de oportunidad y real atención en los servicios de salud. **Objetivo:** Conocer las barreras de acceso a la salud vivenciadas en su cotidianidad por la población víctima del conflicto armado beneficiaria del programa de atención primaria en salud con enfoque psicosocial Tejiendo Esperanzas del centro Dignificar Chapinero durante el año 2016. **Métodos:** Cualitativa de corte fenomenológico, con análisis de narrativas a partir del método de Colaizzi con base en entrevistas a profundidad. **Resultados:** Al analizar las barreras de acceso a los servicios de salud de las personas víctimas de conflicto armado, se identificaron barreras geográficas, no contaban con trabajos estables, barreras de acceso relacionadas con los costos para el transporte; y barreras culturales. **Conclusiones:** Se identificó la persistencia de las barreras geográficas, económicas y culturales; siendo las barreras administrativas las más frecuentes, no solo por los trámites internos, o la disponibilidad de atención, sino que, con gran preocupación, se evidencia la falta de atención en el marco del respeto y de la dignidad humana percibidas por la población participante en el estudio, incidiendo esto en el goce óptimo del derecho a la salud como derecho humano fundamental.

Palabras clave: salud; conflicto armado; víctimas; atención en salud; barreras de acceso.

Abstract

Introduction: The internal armed conflict in Colombia has resulted in the migration of people, families and groups. In Bogotá, according to the district health secretariat 321,163 victims were affiliated to the general social security system in 2017. However, access to health is not given by the registration to a health entity; this is given in terms of opportunity and real attention in health services. **Objective:** To know the barriers to access to health experienced in their daily lives by the population victim of the armed conflict beneficiary of the primary health care program with a psychosocial approach Weaving Hopes of the Dignificar Chapinero center during 2016. **Methods:** Qualitative phenomenological cut, with narrative analysis based on the Colaizzi method based on in-depth interviews. **Results:** When analyzing the access barriers to the health services of the victims of armed conflict, geographic barriers were identified, they did not have stable jobs, access barriers related to transportation costs; and cultural barriers. **Conclusions:** The persistence of geographic, economic and cultural barriers was identified; administrative barriers being the most frequent, not only due to internal procedures, or the availability of care, but also, with great concern, the lack of attention within the framework of respect and human dignity perceived by the population participating in the study, emphasizing this in the optimal enjoyment of the right to health as a fundamental human right.

Keywords: Health; armed conflict; victims; health care; access barriers.

I. INTRODUCCIÓN

El conflicto armado interno que vive Colombia desde hace más de cinco décadas ha traído como consecuencia la migración de personas, familias y colectivos, desde sus territorios de origen hacia las ciudades. Como para el resto del país, para el caso del Distrito Capital, esta población ha venido en aumento dado la agudización del conflicto en el transcurso de los últimos años.

Sin embargo, después de la firma del acuerdo de paz en 2016 con la guerrilla de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), las cifras siguen en leve aumento, teniendo en cuenta que el conflicto sigue activo con el Ejército de Liberación Nacional (ELN) y bandas criminales. Después de Antioquia, Bogotá es el segundo ente territorial receptor de población víctima del conflicto armado en el país, según lo reporta el Registro Único de Víctimas (RUV).¹ A julio de 2017 Bogotá recibió 728.542 declaraciones de víctimas del conflicto armado según lo reporta la Red Nacional de Información (RNI), (Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, 2017). De estas, residen en el Distrito Capital 352.873 personas (RNI-RUV, a 1 de enero de 2018).

Dadas las dinámicas del conflicto armado interno, las condiciones de salud con las que llegan las personas víctimas a la ciudad de Bogotá, y las condiciones en las que se asientan en las diferentes localidades del Distrito, se ha reconocido este como un problema de salud pública. Con respecto a esto, algunos autores como Zwi, Ugalde & Richards (2006) establecen que “los conflictos armados y la violencia política, son un importante problema en salud pública, no sólo por la muerte y discapacidad que causan, sino por su larga duración y la magnitud de los efectos indirectos sobre la salud y el bienestar de individuos, familias y comunidades”.²

El Instituto Nacional de Salud y el Observatorio Nacional (2017) menciona que “a pesar de las devastadoras consecuencias de la guerra en la salud, el estudio de sus efectos en la salud pública, no ha recibido la atención necesaria por parte de investigadores y políticos, como si lo han recibido otras causas de enfermedad y muerte, cuyas consecuencias son de menor magnitud”.³

De acuerdo a datos obtenidos de la caracterización de la población víctimas de conflicto armado residente en Bogotá realizada por el Distrito para el planteamiento de PAD 2016-2020, se encontró que, con corte a agosto 31 de 2017 en Bogotá, un total de 120.988 personas víctimas se encontraban afiliadas al Régimen Subsidiado, y 200.175 al Régimen Contributivo (Secretaría Distrital de Salud, 2017).

Sin embargo, el acceso en salud no está dado solamente por la pertenencia o inscripción a una Entidad Administradora de Plan de Beneficios (EAPB), el acceso en salud está dado en términos de oportunidad y real atención a los servicios de salud, que muchas veces no se ven reflejados en informes ni boletines de las entidades a cargo de los temas de salud en el distrito.

Durante los últimos 10 años, se han generado estudios sobre acceso a los servicios de salud en el nivel nacional y local, los cuales si bien han hecho valiosos aportes en cuanto a identificación de barreras de acceso en salud, no han desarrollado ampliamente las manifestaciones del sentir y la percepción de las personas con respecto a su condición y situación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través de sus propias vivencias y específicamente en la población víctima del conflicto armado (narrativas).

En este sentido, el planteamiento del problema se da a partir de la siguiente pregunta orientadora: ¿cómo perciben las personas víctimas del conflicto armado el acceso a los servicios de salud y sus barreras en la ciudad de Bogotá?

El desarrollo de este trabajo parte entonces de la comprensión del conflicto armado como un problema de salud pública que permea la implementación de la normativa, en cuanto a la atención de las víctimas de conflicto armado que viven en Bogotá, como resultado del desplazamiento; lo anterior, entendiendo que aunque las personas existen como datos en los registros oficiales, pocas veces se les pregunta sobre sus vivencias en el sistema de salud; ante ello, este trabajo reconoce la importancia de legitimar y reivindicar sus percepciones y sentires, dado que son ellos quienes viven las situaciones de acceso desde su condición de víctimas y sujetos de derechos que han sido vulnerados sistemáticamente desde sus territorios, de modo diferencial a lo vivenciado por el ciudadano “normal”; como seres sentipensantes, no solo como sujetos de atención en el sistema.⁴

El objetivo este estudio es conocer las barreras de acceso a la salud vivenciadas en su cotidianidad por la población víctima del conflicto armado beneficiaria del “programa de atención primaria en salud con enfoque psicosocial Tejiendo Esperanzas” del centro Dignificar Chapinero durante el año 2016, a través de una metodología cualitativa de corte fenomenológico que permita adentrarse en la percepción que tiene esta población que vive en Bogotá acerca del acceso a los servicios de salud.

A través de esta investigación se pretende que la identificación y reconocimiento de las barreras de acceso a los servicios de salud de las víctimas del conflicto armado residentes en Bogotá, constituya un elemento fundamental en el reconocimiento de las afectaciones del conflicto en la salud en Colombia, no solamente de las afectaciones directas en las zonas de conflicto, si no en ciudades que como Bogotá son receptoras de la población y cuya infraestructura, políticas de salud y recurso humano no están preparadas totalmente para dar respuesta a la situación de la población víctima, lo que resulta en una vulneración de sus derechos cuando van a solicitar atención en salud.

II. MÉTODOS

La presente investigación se realizó bajo un enfoque cualitativo fenomenológico de corte narrativo, que permita entender y describir la percepción cotidiana de personas pertenecientes a la población víctima del conflicto armado ante diversas situaciones que se presentan con ocasión al acceso a los servicios de salud, mediante narrativas que permitan a los participantes contar sus experiencias y vivencias a este respecto.

La población con la cual se realizó el presente análisis hace parte del universo de víctimas del conflicto armado residentes en la ciudad de Bogotá; quienes al momento de la recolección de datos era atendida por el equipo del proyecto Tejiendo Esperanzas del Centro Dignificar de la localidad de Chapinero durante el año 2016. Con base en esta población se realizó un muestreo estructural elegido a juicio dentro del cual se tuvieron en cuenta criterios de selección tales como sexo (hombres y mujeres), etnia (indígenas, afrodescendientes y personas sin pertenencia étnica), edad (mayores de 18 años), y cuidadores de personas en condición de discapacidad física o mental o de adultos mayores; participando un total de 8 personas en el presente estudio.

El criterio de saturación de categorías de análisis se asumió teniendo en cuenta el aporte de nueva información con respecto a la percepción del acceso a los servicios de salud, como se establece en la definición de saturación de categorías dada por Sampieri, Fernández y Baptista (2010),⁵ según la cual la saturación se da: “cuando los datos se vuelven repetitivos o redundantes y los nuevos análisis confirman lo que se ha fundamentado”. Este proceso permite el entendimiento del fenómeno a través de evidenciar las respuestas a la pregunta de investigación a medida que se va avanzando en el proceso de levantamiento de la información.

Para el caso de esta investigación la saturación se logró en la octava entrevista, identificando especialmente una categoría emergente la cual correspondió a los sentimientos que se les generaba como usuarios del sistema en su condición de víctimas, frente al funcionamiento del SGSSS.

Como instrumentos de recolección de la información se utilizó la técnica cualitativa de entrevista narrativa en profundidad (no estructurada), que partió de la pregunta orientadora, ¿cómo percibe el acceso a los servicios de salud y sus barreras en la ciudad de Bogotá y cuál ha sido su experiencia? La cual pretendió introducir y estimular el inicio de la narración.

Para el análisis de datos se sistematizó la información recogida en las narrativas mediante transcripción total de estas a partir de audios grabados durante la realización de las correspondientes entrevistas. Esta se organizó y diferenció por categorías propuestas previamente, lo cual dio lugar a un análisis de tipo fenomenológico que permitió describir el significado de las experiencias de los participantes a partir de su propia visión con respecto al tema de barreras de acceso a la salud en Bogotá.

Desde esta perspectiva, el análisis se realizó de la siguiente manera:

1. Transcripción total de las entrevistas, tal como fueron grabadas las entrevistas fueron transcritas línea a línea.

2. Lectura total de las entrevistas transcritas, de manera consecutiva, para familiarizarse con el contenido macro, reconocer las narrativas de los participantes frente a los temas específicos de la investigación
3. Lectura y relectura completa de cada una de las entrevistas de forma íntegra, de manera que se lograra generar un sentimiento a partir de las narraciones transcritas.
4. Identificación de frases con contenido significativo y relevante, teniendo en cuenta que lo narrado por los participantes fuera relacionado con las dificultades y barreras de acceso que viven como víctimas de conflicto y que fuera más allá de la subjetividad, es decir que presentara narración de la experiencia vivida y no solo la descripción de la percepción.
5. Análisis temático, de acuerdo a las categorías en el contexto de las frases identificadas y señaladas por cada una de las categorías de análisis; se identifican entonces los principales temas narrados desde la experiencia de cada participante, en el marco de cada barrera de acceso se identifican las vivencias en común que pone de manifiesto cada categoría.
6. Elaboración de matrices con los temas comunes identificados por cada categoría analítica
7. Lectura transversal de todas las entrevistas, estableciendo la presencia de temas comunes; además de identificar las diferentes frases significativas y cómo se relacionan directamente con cada categoría de análisis establecida, se buscaron también correlaciones posibles entre dos o más categorías.
8. Relectura intensiva de cada entrevista para identificar temas relacionados con las categorías o con una manifestación singular que merece ser rescatada individualmente.
9. Elaboración de matriz para identificar cada entrevista en el marco del análisis por categorías y temas, teniendo en cuenta las frases significativas o relevantes.
10. Construcción de narrativa unificada entrelazando la lectura transversal y la lectura intensiva.

Teniendo como marco de referencia la Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud,⁶ por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, y como lo especifica el artículo 4 de esta resolución, se considera que esta investigación tiene que ver con el desarrollo de acciones que contribuirán al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud y dado que esta involucra en su desarrollo a seres humanos prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar (artículo 5), de igual manera se tuvo en cuenta lo mencionado en el artículo 6, en cuanto a que prevaleció la seguridad de los beneficiarios y se expresaron claramente los riesgos así como que contó con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación.

Tal como lo enuncia el artículo 8, se protegió la privacidad de las personas, participantes de investigación, identificándolas solo cuando los resultados lo requirieran y ellas lo autorizaran, teniendo en cuenta el principio de confidencialidad y de no maleficencia. Para identificar las entrevistas citadas en el texto, solamente se recurrió a iniciales.

Teniendo en cuenta lo citado anteriormente, este proyecto se clasifica como investigación de riesgo mínimo, dado su enfoque cualitativo de corte narrativo donde no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaron en el estudio, sin embargo, dada la complejidad del tema y hecho de la recordación y narrativa de los participantes se pueden presentar situaciones de tipo emocional de difícil manejo. Con respecto al consentimiento informado, se elaboró conforme a lo requerido en el artículo 15 de la resolución, por escrito y con plena autorización y voluntad de los participantes en la investigación.

Por último, cabe resaltar que para el desarrollo de esta investigación se tuvo en cuenta el enfoque de acción sin daño para garantizar la no re-victimización de la población y que la interpretación de los datos fue cautelosa, objetiva y respetuosa.

El estudio fue aprobado mediante acta No. 021-240-15 de fecha 10 de diciembre de 2015 del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

III. RESULTADOS

A través de las narraciones se identificaron barreras geográficas para el acceso a los servicios de salud una vez las víctimas se encuentran asentados en Bogotá; el desplazamiento a los centros de atención, que en general no se encuentran ubicados en puntos de fácil acceso desde el lugar de vivienda, representa una de las mayores dificultades, así como el desconocimiento espacial en la ciudad. Una vez las víctimas inician procesos de búsqueda de atención por parte de las entidades prestadoras de servicios en salud, se encuentran con la necesidad de desplazamiento al interior del Distrito Capital, el cual por supuesto tiene una dinámica diferente en cuanto a modos de ubicación y medios de transporte respecto a sus lugares de procedencia.

Se puede identificar que las víctimas de conflicto partícipes de la presente investigación, no contaban con trabajos estables, por lo que su actividad económica estaba relacionada con la informalidad; aunque se encuentran asentadas en el Distrito Capital.

Se presentan barreras de acceso relacionadas con los costos para el transporte; las entidades prestadoras de servicios de salud, además de no encontrarse en puntos cercanos al lugar de vivienda, cuentan con una red distribuida de modo desigual por la ciudad, para la atención y para trámites administrativos de los que se hablará en este documento más adelante; en relación con lo anterior, algunas narraciones reflejan las barreras generadas a causa de las dificultades económicas y la falta de recursos para la movilización en el marco de la dispersión geográfica de las redes de servicios de salud por la ciudad. Otra de las barreras económicas identificadas se relacionó con el acceso a medicamentos; ya sea porque las barreras administrativas generan la necesidad de comprarlos con recursos propios, o aún peor, dejan sin acceso a estos.

Con respecto a las barreras culturales, no se encontró que alguno de los participantes hubiese estado involucrado en la construcción, implementación o seguimiento de los programas de atención en salud para personas víctimas de conflicto armado; por el contrario, manifiestan el desconocimiento total o parcial frente a las rutas de atención, de acceso, de información, de atención al usuario; incluso se desconoce a quien acudir en los casos de negligencia, de no atención, de urgencia.

En esta categoría es importante resaltar que el hecho del estigma que tiene el resto de la población sobre las personas víctimas del conflicto armada ya es de por sí una barrera relevante para ellos tanto dentro del sistema de salud como en otros espacios sociales.

La falta de información clara y adecuada para las víctimas genera un mayor sentimiento de impotencia, pues no solo no acceden al ejercicio pleno de su derecho, lo que afecta su calidad de vida, sino que además pareciera que no hay quien dé respuesta a sus necesidades, quién oriente o apoye su gestión. La única medida efectiva que se reconoce es la tutela, que, aunque evidentemente da respuesta a sus necesidades particulares, no lo hace en el tiempo de la respuesta inmediata.

Las Realidades de acceso a los servicios de salud para la población objeto del estudio están dadas teniendo en cuenta las expresiones y sentimientos comunes a todos los entrevistados con respecto a su percepción de la atención y el acceso a los servicios de salud en la ciudad de Bogotá, a continuación se presentan las realidades identificadas y establecidas por los participantes como principales barreras de acceso.

De acuerdo con las narraciones anteriores lo que se evidenció para cada tipo de barrera de acceso, en general se hizo común a las ocho (08) personas entrevistadas. Especialmente lo que concernía a las barreras administrativas y culturales, siendo esta última un punto álgido en el acceso a los servicios de salud, dado que los participantes evidenciaron la discriminación en casi la totalidad de las atenciones prestadas por el sistema, bien sea por parte del personal asistencial o administrativo.

El general de los entrevistados se han sentido discriminados en algún momento dentro del sistema, bien sea por ser ‘desplazados’ o por ser de bajos recursos, consideran que esta situación afecta su acceso al sistema, algunos también tienen la percepción de irrespeto por las condiciones en las cuales los atienden, se dirigen a ellos despectivamente y, como se mencionó anteriormente, se burlan de ellos.

IV. CONCLUSIONES

La metodología narrativa empleada permitió comprender las especificidades que barreras de acceso aparentemente comunes con otras poblaciones, tienen para población desplazada por el conflicto armado, dado que trascendieron la mirada externa del experto y permitieron reconocer cual había sido la vivencia interna y singular de cada sujeto afrontando el reto del acceso a la salud en una ciudad extraña desde la situación de desventaja que le ha sido impuesta por la migración, testerritorialización y transculturación violenta a que han sido sometidos en virtud de las dinámicas del conflicto armado en sus territorios y las dinámicas de las ciudades de llegada

A través del proceso de investigación fenomenológico, se identifica que a pesar de las normas, documentos, estudios, investigaciones, programas etc., que existen alrededor de la problemática de barreras de acceso a la salud por parte de las víctimas de conflicto; todavía queda mucho recorrido para que se impacte la realidad de acuerdo a las percepciones y vivencias de las personas en el sistema, las cuales no son conocidas por los entes gubernamentales de acuerdo a la inexistencia de documentación al respecto.

Se conocieron las barreras de acceso desde la óptica de los directos afectados, lo que permite la identificación y reconocimiento de estas barreras como hechos que dificultan la calidad de vida tanto a nivel físico como emocional de los individuos y familias en condición de vulnerabilidad por el conflicto armado interno, lo que conlleva a que se generen problemas de mayor índole con respecto a su proceso salud-enfermedad.

La vivencia de las barreras de acceso cotidianamente identificadas a través de las narrativas de los entrevistados **deja en entredicho que su situación en la ciudad de Bogotá se complejiza** aún más con respecto a la exigibilidad del derecho a la salud, dado que si bien están afiliados o en trámites de **portabilidad** en el sistema no se garantiza su atención especialmente de las condiciones de cronicidad que afectan su salud

Analizar las barreras de acceso a los servicios de Salud en Bogotá, **permite identificar la persistencia de las barreras geográficas, económicas y culturales** para la PVCA, las cuales son diferenciales con respecto a las de personas no víctimas teniendo en cuenta lo siguiente: Aunque parezcan las mismas barreras que afectan a población general, se magnifican en las personas VCA porque ellas están desterritorializadas y transculturadas en el contexto de la ciudad, lo cual les exige un ejercicio mucho mayor para poder primero comprenderlas y luego desplegar estrategias para superarlas. Adicionalmente, son barreras que impactan a estas personas de manera diferente que a la población general, ya que estas personas, respecto a otras no desplazadas, cargan con una mayor vulnerabilidad psicológica, social y física, fruto de su exposición directa a la violencia armada. El estigma por ser sobrevivientes y desplazados del conflicto armado se les convierte en una barrera cultural ESPECÍFICA, que magnifica todas las demás respecto a población no desplazada por violencia armada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Registro Único de Víctimas (RUV) [Internet]. Unidad para las Víctimas. 2019 [cited 6 July 2019]. Available from: <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
 2. Ugalde A, Richards P, Zwi A. [Internet]. Citeseerx.ist.psu.edu. 2006 [cited 6 July 2019]. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.469.2276&rep=rep1&type=pdf>
 3. Instituto Nacional de Salud - Observatorio Nacional de Salud. Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Bogotá D.C: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/9%20Consecuencias%20del%20Conflicto%20Armado%20en%20la%20Salud%20en%20Colombia.pdf>; 2017.
 4. Jaramillo Marín, J. Reseña de "Una sociología sentipensante para América Latina (antología)" de Orlando Fals Borda. Latinoamérica. Revista de Estudios Latinoamericanos [Internet]. 2012;(54):315-324. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64023055015>
- Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, M. L., & Mogollón-Pérez, A. S. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. Revista de salud pública, 12 (5).

5. Sampieri R. Metodología de la investigación [Internet]. 6th ed. 2014 [cited 6 July 2019]. Available from: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
6. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 [Internet]. Minsalud.gov.co. 1993 [cited 6 July 2019]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>