

**SITUACIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS VÍCTIMAS
DEL CONFLICTO ARMADO RESIDENTES EN LA
LOCALIDAD DE TUNJUELITO, BOGOTÁ, 2013-2014.**

JOSE FRANCHESCO ORJUELA TABARES

jose.orjuela@usantotomas.edu.co

CEL. 3212305694

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE ECONOMÍA

CON APOYO DEL
HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL E.S.E.

LÍNEA DE PROFUNDIZACIÓN EN VIOLENCIA SALUD Y PAZ

DOCENTE ASESOR DE TRABAJO DE GRADO
DOCTOR SAÚL FRANCO A.

BOGOTÁ, OCTUBRE DE 2017

AGRADECIMIENTO

A mi compañera de vida Alejandra por su infinito apoyo e incansable dedicación.

A mi hijo Matías por ser el motor de mi vida y las ganas de buscar un mejor país.

A mi padre, con su amor y ejemplo guía mis pasos.

A la población víctima del conflicto armado quienes siempre estuvieron atentos y dispuestos para compartir sus experiencias y aportar a esta investigación, gracias y gracias por sus aportes y su actitud ante la vida que a pesar de tantas vicisitudes no se dan por vencidos y buscan una sociedad más equitativa y sin tanta violencia.

Al Doctor Saúl Franco quien con su gran ayuda, vitalidad, apoyo, dedicación, aportes intelectuales y decisión consiguió siempre darme ánimo para continuar este gran camino.

A la UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS, por brindarme un espacio para continuar mi formación profesional y sus valiosos docentes.

A mis compañeros de la Maestría primera cohorte con quienes vivimos lindas experiencias, grandes amigos.

Al doctor Edgar Ricardo León Acosta por brindarme su amistad, confianza y apoyo durante los 7 años que laboré en el Hospital Tunjuelito.

RESUMEN

El conflicto armado en Colombia ha generado un fuerte impacto en diversos ámbitos de la vida cotidiana de sus víctimas. La ciudad de Bogotá es uno de los principales lugares de destino de tales desplazados. Por lo anterior el presente trabajo, desde el campo de la salud pública se propone brindar una mirada frente a la situación en salud y sus respectivos determinantes, al tiempo que propone acciones que logren mitigar la situación de vulneración de los derechos humanos a la cual fue sometida esta población.

La investigación se desarrolló con población víctima del conflicto armado residente en la localidad de Tunjuelito durante los años 2013 y 2014, utilizando métodos de investigación cualitativa y cuantitativa. Los datos fueron recolectados de fuentes primarias y secundarias como son bases de datos de la estrategia territorios saludables del hospital público local y entrevistas semiestructuradas.

Se encontraron como características relevantes la relación entre el conflicto armado y los cambios demográficos de la población, la no asistencia a los servicios de salud por parte de las personas víctimas del conflicto armado manifestando falta de recursos y la estrecha relación del hecho victimizante y la aparición de enfermedades relacionadas con la situación vivenciada. Se concluye que debe existir un modelo de atención diferencial que garantice un real acceso a los servicios de salud, debido a que las personas presentan las mismas barreras del sistema de salud establecidas en la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios. Todo lo anterior debe ir acompañado de políticas públicas claras y conducentes en los temas de inserción laboral, vivienda digna, educación y capacitación, que garanticen una adecuada calidad de vida.

Palabras clave: Conflicto armado, desplazamiento forzado, salud/enfermedad, calidad de vida.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	7
2. JUSTIFICACIÓN	8
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
5. OBJETIVOS	12
Objetivo General	12
Objetivos Específicos	12
6. ESTADO DEL ARTE.	13
6.1 Conflictos y desplazamiento.	13
6.2 Desplazamiento e impacto en las condiciones de salud en Colombia	15
6.3 ¿Quién es considerado una persona víctima del conflicto armado en Colombia?	17
6.4 La localidad de Tunjuelito – Bogotá	19
7. MARCO CONCEPTUAL	21
7.1 Calidad de vida y salud	21
7.2 La salud y sus determinantes sociales	22
8. METODOLOGÍA	26
8.1 Tipo de estudio	26
8.2 Categorías de análisis y técnicas en la fase cualitativa	26
8.3 Variables y técnicas en la fase cuantitativa	28
8.4 Población y muestra	31
8.5 Plan de análisis	31
8.6 Consideraciones éticas	32
9. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS	33
9.1 Caracterización sociodemográfica y de salud de la población y la familia	33
9.1.2 Caracterización de grupo familiar	38
9.1.3 Condiciones de salud y enfermedad de la población víctima	41
9.2 Presentación de resultados Cualitativos	47
9.2.1 Calidad de Vida en población de estudio	47
9.2.2 Condiciones económicas, trabajo, educación y vivienda.	48
9.2.3 Percepción sobre servicios de salud y atención.	51

9.2.4	Vínculos Familiares	52
9.2.5	Vida y muerte.	53
9.2.6	Expectativa futuro.	55
9.2.7	Paz y reconciliación.	55
10.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	56
10.1	Condiciones de vida y trabajo	56
10.2	Servicios de salud	59
10.3	Redes sociales y comunitarias.	61
11.	CONCLUSIONES	62
12.	RECOMENDACIONES	66
13.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
14.	ANEXOS	72
	Anexo 1, Formato Entrevistas	72
	Anexo 2, Análisis de Información	74
	Anexo 3, Consentimiento Informado	86

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración N° 1. Distribución de familias víctimas del conflicto armado por barrios, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.	39
---	----

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica N° 1. Población víctima del conflicto armado según grupo de edad, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.	34
Gráfica N° 2. Pirámide poblacional por etapa de ciclo vital de población víctima del conflicto armado, Localidad Tunjuelito – Bogotá, 2013 – 2014.	35
Gráfica N° 3. Población víctima del conflicto armado según sexo y grupo de edad quinquenal, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.	36
Gráfica N° 4. Población víctima del conflicto armado según antecedente de enfermedad durante últimos 30 días y grupo de edad, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.	41
Gráfica N° 5. Embarazo y acceso a control prenatal en población víctima del conflicto armado por	

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1. Población víctima del conflicto armado según grupo de edad y empleabilidad, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.	37
Tabla N° 2. Población víctima del conflicto armado según sexo y ocupación, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.	37
Tabla N° 3. Población víctima del conflicto armado según tiempo de residencia en la localidad, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.	40
Tabla N° 4. Manejo de la enfermedad en los últimos 30 días en la población víctima del conflicto armado, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.	42
Tabla N° 5. Causas de inasistencia a servicios de salud ante enfermedad en la población víctima del conflicto armado, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.	44
Tabla N° 6. Eventos de interés en salud pública notificados en la población víctima del conflicto armado, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.	44
Tabla N° 7. Embarazo y tasa de fecundidad en población víctima del conflicto armado por grupo de edad, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.	45

1. INTRODUCCIÓN

Colombia ha vivido durante décadas un conflicto armado de los más antiguos de la región, con importantes repercusiones como migraciones masivas a las ciudades y efectos negativos en la salud de las personas, entre ellas las llamadas *enfermedades asociadas al desplazamiento* (1). Al tiempo se ha generado una grave crisis humanitaria en la cual según información de la Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas (UARIV) (2) para 2015 existen en Colombia cerca de siete millones de personas que han reportado ser víctimas del conflicto armado por delitos cometidos contra su integridad.

Lo anterior plantea retos para todos los actores que realizan intervención en este tema, debido a la complejidad en la cual se dan esos hechos victimizantes. Esta problemática se convierte en una crisis humanitaria de enormes proporciones que genera un desafío para la salud pública al tratar de analizar y brindar respuesta a una situación que presenta tantas falencias.

El desplazamiento en las personas como consecuencia de la violencia que se presenta en una considerable porción del territorio nacional genera cambios importantes en las condiciones de vida de la población que lo padece, incluyendo efectos devastadores en la salud mental, ya que se hace necesario hacer un cambio radical de vida dejando su contexto, redes, cultura, hogar y otros por aventurarse a salvar sus vidas y las de sus familiares migrando a las grandes ciudades en las cuales por su procedencia se hace difícil sobrevivir.

Dentro del presente documento se aborda el tema de las personas víctimas del conflicto armado en tres etapas. En una primera etapa se realiza la caracterización sociodemográfica de la población en la localidad de Tunjuelito. En la segunda parte se recopila y analiza la información relevante frente al estado de salud/enfermedad tomando como base la morbilidad sentida por la población objeto de la investigación y la morbilidad identificada en los servicios de salud. En un último momento se proponen acciones que buscarán mitigar las situaciones identificadas con un abordaje desde la salud pública.

2. JUSTIFICACIÓN

Colombia es un país con una larga historia de conflictos armados sin embargo desde 1998 hasta 2010 se presentaron más de 60 masacres en el país con autoría en su gran mayoría de grupos ilegales y más de dos millones y medio de personas desplazadas (3), las personas huyen de sus casas por temor a perder la vida como se describe en el texto Un país que huye (4). El gobierno a pesar de contar con la ley 387 de 1997 (5), no tiene los recursos necesarios para atender la magnitud del problema, manifestando que existen grupos al margen de la ley que atacan a la comunidad indiscriminadamente pero no un conflicto armado interno. Las personas huyen dejando atrás toda su vida, llegando a lugares donde los excluyen socialmente, se presenta graves crisis económicas y de salud, las personas desplazadas en su gran mayoría provienen de zonas rurales lo cual agrava la situación de inequidad entre la población víctima del conflicto armado y las personas receptoras (4).

Algunas organizaciones y grupos de personas víctimas del conflicto deciden colocar acciones de tutela al Estado para que le garanticen sus derechos, lo cual lleva a la Corte Constitucional a declarar en la sentencia T025/04 un Estado de Cosas Inconstitucional (6), considerando que las personas que han sufrido estos hechos victimizantes no cuentan con la protección efectiva del estado y la corte establece que el Estado debe garantizar la capacidad institucional para mejorar la calidad de vida de estas personas.

Luego de diferentes discusiones frente al tema se formula en Bogotá la política pública de víctimas mediante el Decreto 032 de 2011 (7) la cual buscaba disminuir las brechas de inequidad presentadas entre las personas víctimas del conflicto armado y la población receptora, para ello se propusieron acciones desde los diferentes sectores de la administración con una característica particular en la cual se debían realizar acciones articuladas y transectoriales que permitieran garantizar la vida y el desarrollo humano de la población en mención con seguimiento constante en el Consejo Distrital para la Atención Integral de la Población Desplazada por la violencia (7).

El desplazamiento es un fenómeno multicausal que logra impactar de forma

negativa, casi en la totalidad de los casos, la calidad de vida y salud de las personas que lo padecen, generando en este contexto problemáticas en salud que deben ser intervenidas y para las cuales el sistema de salud no se encuentra preparado (8). Tradicionalmente la atención en salud de estos casos se da desde el ámbito intervencionista y resolutivo dado que la población acude cuando ya se encuentra instaurado un proceso patológico; esta problemática no se aborda desde un enfoque de determinantes sociales en donde se debe reconocer que los determinante intermedios como alimentación, vivienda, trabajo, educación, entre otros, juegan un papel fundamental hacia el abordaje de la salud partiendo de medidas promocionales y preventivas con énfasis en la intervención hacia la salud mental.

Informes publicados frente a este fenómeno dan cuenta de que las afectaciones en las víctimas se manifiestan en la esfera psicosocial, más allá de la física, llegando a identificar la presencia de estrés postraumático, desestructuración del proyecto de vida, duelos no resueltos, tristeza por lo perdido y desolación por el olvido al cual son sometidos por los entes gubernamentales (9).

La ciudad de Bogotá y especialmente la localidad de Tunjuelito, como receptoras de población víctima del conflicto armado, presentan características socioeconómicas particulares del entorno en las cuales existe una dificultad para lograr una estabilidad económica en el corto plazo. Las personas se ven obligadas al desarrollo de trabajos informales o vinculaciones laborales sin garantías, en una actividad económica de gran importancia en la localidad como lo son las curtiembres (10).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la gran cantidad de conflictos armados que se desarrollan en el mundo, se presentan anualmente millones de víctimas. La Organización Internacional de Migraciones estimó para junio de 2014 que existe un aproximado de 51 millones de personas desplazadas forzosamente en el mundo, siendo los países más afectados y con el mayor número Siria, República Centroafricana, Colombia, Sudán del Sur y México, debido principalmente a la incapacidad de resolver de forma efectiva y oportuna sus conflictos (1, 11).

Colombia tiene una larga historia de violencia, que inician desde la colonización o conquista española, la guerra de independencia, múltiples guerras civiles que tuvieron lugar durante los siglos XIX y mediados del siglo XX asociados a los problemas de despojo, acumulación, adquisición ilegal de tierras y poder por parte de las elites colombianas, y las rivalidades de los dos partidos políticos constituidos hasta esa fecha en Colombia, Conservador y Liberal (6, 12).

Para el año 2015 existen cerca de 7 millones de personas víctimas del conflicto armado, los cuales tienen afectaciones en su calidad de vida y salud debido al fenómeno de la violencia (13). Bogotá ha sido la principal receptora de población desplazada en Colombia, cuenta para julio de 2014 con más de 595 mil personas que han denunciado ser víctimas del conflicto armado en diferentes regiones del país. De acuerdo a la distribución política del territorio distrital, las principales localidades receptoras de población desplazada son Ciudad Bolívar (35.012), Bosa (28.459), Kennedy (26.594), Suba (19.603), San Cristóbal (15.763), Usme (15.280), Rafael Uribe (10.559), Engativá (9.657) y Tunjuelito (7.406), (14).

Esta situación que vive Colombia y otros países del mundo origina cambios demográficos y en el perfil de salud enfermedad, tanto de las personas desplazadas como de las receptoras en las ciudades, lo que se traduce en problemas de salud física y mental que deben ser abordados por los servicios de salud, que no tienen la infraestructura, ni la organización para lograr una reparación integral (9). Esta población desplazada llega a lugares en los cuales es difícil encontrar un empleo digno y enfrentan desarraigo, marginación y exclusión social, situaciones difíciles de superar. Las personas que viven

estos hechos victimizantes en la mayoría de los casos al no recibir atención en salud mental generan procesos de resiliencia y superación, se construyen redes sociales que permiten procesos de adaptabilidad al ambiente los cuales posibilitan la reconstrucción de nuevos proyectos de vida (15).

En estudio realizado en las localidades de Bosa, Usme, Suba, Kennedy, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar se observó que en esta población se originan cambio en la organización familiar siendo la jefatura femenina predominante, al tiempo las personas llegan a residir a asentamientos lo cual genera condiciones de máxima precariedad material y emocional que contribuyen a afectar la salud, el poco acceso a los servicios de salud es una constante debido a la falta de recursos, el poco conocimiento que tienen del territorio y la falta de tiempo debido a que la prioridad es subsistir (3).

En la investigación Dinámicas sociales, calidad de vida y salud en desplazados por la violencia del 2007 al 2010 en Neiva, Huila, se realiza un estudio cualitativo interpretativo, con el fin de conocer las dinámicas sociales, redes, calidad de vida y salud en un grupo de desplazados ubicados en un barrio en la ciudad de Neiva, en los resultados se presenta como el desplazamiento influye en la construcción de un proyecto de vida, el apoyo social y la calidad de vida y salud. Se señala en este estudio las repercusiones en salud física y mental que genera el desplazamiento debido a las condiciones de vulnerabilidad en que viven la personas víctimas: se registran casos de enfermedades digestivas y respiratorias, patologías en la piel y alergias, al tiempo se ha encontrado un aumento de enfermedades de transmisión sexual, incremento en la violencia intrafamiliar con una separación del núcleo familiar, con fundamento en las situaciones que fueron vividas (15).

Los acercamientos realizados hacia el análisis de esta situación dan cuenta de un comportamiento global, con análisis de características demográficas y sociales, la bibliografía al respecto desde diferentes disciplinas tales como la medicina, la antropología, la sociología, la psicología, la epidemiología, la salud pública, es amplia y variada frente a los efectos en salud que causa este fenómeno (16).

Según la serie de libros salud y desplazamiento en Colombia que cuenta con 13 módulos publicado por la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad de Antioquia en el 2002 y 2003, en el cual se realiza investigación en seis ciudades receptoras de población desplazada con una muestra de 10.588 personas de las cuales el 52% correspondió a población víctima del conflicto armado y el resto a población receptora, existe mayor hacinamiento, mayor desempleo, menor escolaridad, condiciones sanitarias y ambientales menos adecuadas en población desplazada que en población pobre receptora (13).

La presente investigación desea profundizar en el tema de salud en la población víctima del conflicto armado en la localidad de Tunjuelito de la ciudad de Bogotá dado que el autor de esta investigación tiene una responsabilidad con dicha comunidad y a la fecha se sabe que el desplazamiento genera daños en la salud enfermedad de esta población, pero para la localidad se desconoce el impacto.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las condiciones de vida y salud de las personas víctimas del conflicto armado residentes en localidad de Tunjuelito de la ciudad de Bogotá?

5. OBJETIVOS

Objetivo General

Reconocer las condiciones de vida y salud, en población víctima del conflicto armado residente en la localidad de Tunjuelito durante los años 2013 y 2014.

Objetivos Específicos

- ✓ Establecer las características demográficas y sociales de la población víctima del conflicto armado residente en la localidad de Tunjuelito, así como sus dinámicas de desplazamiento interno.
- ✓ Identificar las condiciones de salud y enfermedad en población víctima del conflicto armado residente en la localidad de Tunjuelito, a partir de fuentes secundarias.

6. ESTADO DEL ARTE.

6.1 Conflictos y desplazamiento.

En el mundo se presentan anualmente millones de víctimas y desplazamientos debido a la violencia, por ello se han conformado organismos internacionales para abordar la problemática y establecer soluciones a las mismas minimizando sus repercusiones negativas. Esto ha generado políticas en torno al tema que deben ser asumidas por los diferentes estados y los estamentos que lo conforman. Entre los más representativos se encuentran Naciones Unidas, Médicos Sin Fronteras, CICR, ACNUR y Organización Internacional de Migraciones (8, 11).

Los migrantes están expuestos a situaciones que generan vulnerabilidad según el Centro de Monitoreo de Desplazamiento Interno IDMC (17), los desplazados sufren violencia, enfermedades, hambre y múltiples violaciones a los derechos humanos, los gobiernos quienes son los llamados a prestar los primeros auxilios según la convención de los refugiados de 1951 y el protocolo de 1967, no lo realizan por falta de capacitación y organización para atender las exigencias de este fenómeno (1).

El fenómeno del desplazamiento debido a la violencia no es nuevo, es un fenómeno que ha marcado la historia de la humanidad y que lo continuará haciendo, entre los acontecimientos más recientes se pueden contar con la primera y segunda guerra mundial, el muro de Berlín, la guerra fría, la guerra en España, la descolonización de África, Revuelta de Tiananmen, guerra de Vietnam, la invasión de Irak, el ataque a Siria, Guatemala,

Argentina con dictaduras militares, Perú con el Movimiento Revolucionario Túpac Amaru (MRTA), México con los grupos narcotraficantes, acaecidos en el siglo anterior, también los acontecimientos en la Réplica Democrática del Congo, Somalia, la primavera árabe en libia, en Asia guerras en Afganistán y Pakistán, entre otros, en la actualidad existen en el mundo 50 conflictos armados no resueltos que ocasionan, muerte, destrucción y migraciones forzadas, en el cual la mayoría de sus víctimas son mujeres, niños y niñas, adultos mayores, personas en condición de discapacidad y personas pertenecientes a grupos étnicos (15).

Colombia tiene una larga historia de violencia, múltiples guerras civiles y militares descritas anteriormente. En este sentido, entre los años 1946 a 1966 se da el periodo denominado la violencia, el cual dejó como saldo un mínimo de 200 mil personas fallecidas como consecuencia de los enfrentamientos entre los partidos políticos, se registró la tasa de muertes intencionales más alta del mundo y una de las grandes consecuencia se dio a partir del éxodo de personas del campo a las ciudades con más de 2 millones de personas, generando una nueva transformación sociodemográfica del país que aún hoy en día continua (18).

Se presenta un acuerdo entre los dos partidos tradicionales en el cual se alternaron el poder por los períodos constitucionales conociéndose ese periodo como el Frente Nacional, donde se logra una estabilidad y se minimiza los acontecimientos de violencia al estado con grupos irregulares. Las causas para continuar con el conflicto armado en Colombia seguían intactas, el estado presentaba grandes limitaciones para responder a las garantías de los ciudadanos, la usurpación de tierras y asesinatos era la constante al tiempo que se presentaban grandes inequidades y como se mencionó anteriormente la persecución por orientación política conllevó a la expansión de grupos armados, los cuales se convirtieron en guerrillas de orientación comunista que pretendían luchar contra un estado opresor. Situación que permite y fomenta el surgimiento de nuevos grupos armados entre ellos Movimiento Obrero Estudiantil Campesino (MOEC), Ejército Revolucionario de Colombia (19), Frente Unido de Acción Revolucionaria (FUAR), Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia FARC, Ejército de Liberación Nacional (ELN), Ejército Popular de

Liberación (Colombia) EPL, grupos que lograron gran expansión en el país, algunos financiados con actividades ilícitas como es el secuestro, extorsión, homicidio, narcotráfico entre otros.

Desde el año 1985 a la fecha se presenta una nueva agudización de la violencia en el país dada por la incursión del narcotráfico como principal fuente de financiación de los grupos armados ilegales que cometieron grandes masacres y los grupos de bandas criminales dedicadas al sicariato, surgen los grupos paramilitares auspiciados por algunos empresarios y con complicidad del estado (20). De lo anterior se puede inferir que existen personas que viven de matar, secuestrar, robar tierras de los campesinos para la producción ilegal de sustancias psicoactivas y muchas otras vulneraciones a los derechos humanos para ejercer algún tipo de control político o social.

6.2 Desplazamiento e impacto en las condiciones de salud en Colombia

Esta situación que vive Colombia y otros países del mundo origina cambios demográficos y en el perfil de salud enfermedad, tanto de las personas desplazadas como de las receptoras en las ciudades, lo que se traduce en problemas de salud física y mental que deben ser abordados por los servicios de salud, que no tienen la infraestructura, ni la organización para lograr una reparación en cuanto a salud se requiere (21). Esta población desplazada llega a lugares en los cuales es difícil encontrar un empleo digno y enfrentan desarraigo, marginación y exclusión social, situaciones difíciles de superar. Las personas que viven estos hechos victimizantes en la mayoría de los casos al no recibir atención en salud mental generan procesos de resiliencia y superación, se construyen redes sociales los cuales permiten procesos de adaptabilidad al ambiente y posibilitan la reconstrucción de nuevos proyectos de vida.

En las personas que son afectadas por el conflicto armado se pueden identificar algunas afectaciones y problemas de salud, como principales consecuencias a corto plazo se ha identificado un daño gradual en la salud mental de las personas, generado por impactos que son difíciles de superar, entre ellos la pérdida de familiares, los cambios en los hábitos

de vida, la pérdida de un proyecto de vida y depresiones debidas a la inestabilidad económica, social y de identidad entre otros (22).

En un estudio realizado en Cartagena sobre el impacto del desplazamiento en sus víctimas se muestra cómo se deterioraron las condiciones de vida de las personas, reflejado en una alta tasa de homicidios en adolescentes y adultos, se encontró malas condiciones sanitarias en lo relacionado con el consumo de agua, la disposición de residuos, convivencia con vectores, aunado a altas tasas de enfermedades transmisibles como EDA e IRA. También se evidencio disgregación familiar, deserción escolar, dificultades para el acceso a la salud y altas tasas de trabajo infantil. La salud física y mental se ven ampliamente afectada sin una solución efectiva y oportuna, se presentan en las personas síndrome de depresión, ansiedad y estrés postraumático relacionado directamente con el conflicto armado y en una proporción mucho más alta que en la población en general que no ha sido sometida a esta situación. El estudio concluye que existe dificultad para identificar a la población y concentrar los esfuerzo en su atención, también es de resalta que el 80% de los entrevistados sufrieron violencia contra ellos, entre los cuales se encuentra tortura, asesinato, secuestro o desaparición de familiares. Es imponte señalar que en el estudio se identificó una alta prevalencia de enfermedades en todos los grupos de edad, superior a lo encontrado en la población receptora (22).

En el acceso a la salud para las personas víctimas del conflicto armado en Colombia se realizó estudio al respecto cuyo objetivo fue el de describir las apreciaciones que tiene la población en condición de desplazamiento forzado sobre los atributos de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integridad y calidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Se realizó el estudio con población asentada en los municipios de Soacha, Cali y Pereira. Encontrándose que en el 75% de los casos estudiados los usuarios no recibieron solución a sus necesidades en salud, así mismo aumento el aseguramiento al régimen subsidiado de 38 a 69,4% después del desplazamiento. Se detectaron limitaciones en la accesibilidad por cobro de los servicios de salud (26,7%). Como resultado se concluye que existe una baja asistencia a los servicios en salud mental, debido a la percepción que se tiene frente a este problema minimizándolo, pero también una escasa oferta del servicio, es

de resaltar que la población no accede por la falta de recursos económicos que presentan y que afecta la economía familiar. Existe poca resolución en los servicios para las necesidades en salud más relevantes y muchas barreras administrativas que logran deserción de los servicios incluyendo demoras en la atención (23).

En materia de salud en los últimos 12 años luego de la sentencia T025/04 y la ley 1448 de 2011 (6, 10), el Estado otorgó prioridad a la población víctima en el componente de acceso a los servicios de salud a través de la garantía de cobertura en el aseguramiento por medio de la afiliación inmediata al régimen subsidiado (en los casos en los cuales no exista capacidad de pago) y así mismo, se estableció que las instituciones hospitalarias tendrían la obligación de prestar atención en salud de forma inmediata a las víctimas que lo requieran y sin exigir condición previa para su admisión (8). La encuesta de seguimiento a la sentencia T025/04 realizada en 2009, mostró la baja implementación de la sentencia y la violación de los derechos, así como la no superación del estado de cosas inconstitucionales (24).

Pese a lo enunciado en la norma, es claro que existe una brecha entre la forma efectiva como debería estar operando el sistema de salud para la población víctima y la forma como en realidad opera. Los estudios indagados (11, 15) muestran como aún no existe una cobertura total en el aseguramiento, y de igual forma, la atención ante una necesidad en salud no se da de la forma inmediata y sin barreras que en la teoría y en la norma debería existir. Debido a que todas las acciones en salud para la población víctima del conflicto armado se encuentran inmersas bajo la ley 100 de 1993 y presenta las barreras para todos los usuarios como son trámites, autorizaciones, barreras geográficas, entre otros.

6.3 ¿Quién es considerado una persona víctima del conflicto armado en Colombia?

“La Ley 387 de 1997 nace con el fin de establecer medidas de atención, protección y estabilización socioeconómica para las personas desplazadas a los que define como toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional,

abandonando su lugar de residencia y sus actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o su libertad personal han sido vulneradas, o se encuentran directamente amenazadas. Se establecen medidas de protección” (5).

En el año 2004 define la Corte Constitucional en la sentencia T025/04 que las personas víctimas del conflicto armado son personas de extrema vulnerabilidad y requieren una protección especial del estado, para las mujeres cabeza de familia, menores de edad, minorías étnicas y personas de la tercera edad, se exige al estado colombiano que debe implementar medidas efectiva de protección como las ya establecidas en las normas y llevarlas a la realidad ya que existe un “estado de cosas inconstitucional” (24).

En Bogotá la política pública de víctimas aborda el tema mediante el decreto 032 de 2011 el cual buscaba disminuir las brechas de inequidad presentadas en las personas víctimas del conflicto armado, con acciones que lograrán mitigar la situación de vulnerabilidad en especial en los temas de trabajo, salud, educación y vivienda (7).

Según la ley 1448 de 2011 es considerada una víctima del conflicto armado en Colombia:

“toda persona que individual o colectivamente haya sufrido daños acaecidos en el marco del conflicto armado, ocurridos a partir del 1 de enero de 1985, los hechos victimizantes son violaciones al derecho internacional humanitario, entre los que se encuentran homicidio, secuestro, desaparición forzada, tortura, delitos contra la libertad, integridad sexual y violencia de género, minas antipersonales, vinculación de niñas, niños y adolescentes en el conflicto armado, actos terroristas, abandono o despojo forzado de tierras y desplazamiento forzado” (10).

Y en materia de salud la misma ley señala:

“ARTÍCULO 52. MEDIDAS EN MATERIA DE SALUD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará la cobertura de la asistencia en salud a las víctimas de la presente Ley, de acuerdo con las competencias y responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Toda persona que

sea incluida en el Registro Único de Víctimas de que trata la presente Ley, accederá por ese hecho a la afiliación contemplada en el artículo 32.2 de la Ley 1438 de 2011, y se considerará elegible para el subsidio en salud, salvo en los casos en que se demuestre capacidad de pago de la víctima” (10).

Estas violaciones a los derechos humanos en el marco del conflicto armado se desarrollan con el fin de crear miedo en la población. Las personas son obligadas a trabajar para los grupos armados o son desterrados por sus ideologías o por el peligro que sus ideas de libre pensamiento pueden significar. Son amenazados y en algunos casos ejecutados, recurriendo al uso de minas antipersonal y ataques con armas de destrucción masiva, las cuales se encuentran prohibidas por los protocolos internacionales (21,25).

La Ley también resalta como víctima a los niños, niñas y adolescentes que han sido vinculados a los grupos al margen de la ley, con el fin de participar de la guerra. En Colombia es una práctica muy común que los grupos al margen de la ley, vinculen a sus filas con amenazas de muerte o falsas promesas a los niños, niñas y adolescentes desde los 10 años, lo que es una clara violación a los tratados internacionales que prohíben este tipo de prácticas crueles y despiadadas. Sumado a esto, en el contexto Colombiano se han registrado más de 300 mil víctimas de abusos sexuales, en su gran mayoría mujeres, las cuales se toman como trofeo de guerra (26).

6.4 La localidad de Tunjuelito – Bogotá

La ciudad de Bogotá recibe anualmente a ciento de personas que reportan ser víctimas del conflicto armado y la localidad de Tunjuelito presenta características particulares para la organización productiva de las personas en mención.

“La localidad de Tunjuelito ocupa el noveno lugar en recepción de población desplazada de la ciudad con un total de (7.406) a julio de 2014 (27). Se encuentra ubicada al sur de Bogotá, sobre la cuenca del río Tunjuelo, limita al norte con las localidades de Bosa, Kennedy y Puente Aranda, al sur con Usme, al oriente con la

localidad Rafael Uribe Uribe y Usme y al occidente con Ciudad Bolívar. Tiene una extensión de 1.062.331 hectáreas en donde predomina el estrato 2. Su topografía esencialmente es plana y según el censo de 2005 cuenta con 225.511 habitantes” (28).

Para el año 2007 de acuerdo a datos de la encuesta de calidad de vida y el diagnóstico local, se estimó en la localidad que un 7,1% de la población se encontraba en miseria por NBI (Necesidades básicas insatisfechas) y el 29,8% se encuentra en pobreza por NBI, viéndose más afectado este indicador por el hacinamiento crítico y la alta dependencia económica. Adicionalmente Tunjuelito es la tercera localidad de la ciudad con mayor actividad económica al interior de los hogares (28).

Tunjuelito es una de las principales áreas receptoras de población víctima del conflicto armado en la ciudad, debido entre otras, por ser un lugar residencial de estrato bajo con facilidades de acceso económico por el bajo costo de cánones de arrendamiento y la informalidad en la que se realiza el proceso, presencia de una comunidad con acogida a nuevas personas víctimas del conflicto armado y con una ubicación estratégica cerca del río Tunjuelo que hace que las personas logren ubicarse laboralmente en empresas de curtiembres, zapaterías, ventas ambulantes, entre otras.

7. MARCO CONCEPTUAL

7.1 Calidad de vida y salud

El término calidad de vida se relaciona con el bienestar social, satisfacción de necesidades básicas humanas, derechos positivos como son la libertad, el trabajo, los servicios sociales, el medio ambiente y modos de vida, entre otros (29). Aunque este concepto de calidad de vida es relativamente nuevo, empieza a tomar fuerza desde los años 90, no es el único término como se puede definir la calidad de vida.

En los años 70 las ciencias económicas establecieron que para medir los indicadores de calidad de vida de un país se debe dividir el ingreso per cápita entre todos sus habitantes, pero no es una medida aterrizada a las personas más pobres de una sociedad, ya que los recursos no se distribuyen equitativamente entre todos sus habitantes.

Nace la idea de establecer estrategias para medir los estándares de desarrollo humano, bienestar en las comunidades y mejorar la calidad de vida de las personas en los diferentes países cerca de los años 90 (30). Al tiempo promover intercambio de experiencias y fomentar las investigaciones en cooperación con las diferentes disciplinas que allí convergen, buscando proponer estrategias de toma de decisiones en temas de política pública, demostrando la importancia de generar equidad y distribución equitativa de recursos basándose en nuevos modelos que se han iniciado a implementar en algunos países en el mundo luego de revoluciones política, filosóficas y culturales.

A finales del siglo pasado surge un nuevo modelo para medir la calidad de vida (29, 31), que establece que la sociedad debe permitir alternativas de desarrollo en las personas y habilidades para hacer actos valiosos o capacidad de autosuperación, lo cual permite y promueve avances en indicadores de desarrollo y plantea nuevas prioridades. Las sociedades deben agruparse tras unos objetivos comunes para lograr el desarrollo de capacidades. Tales capacidades significan no sólo la acumulación de bienes, dinero y riquezas, sino también el logro de mayores niveles de esperanza de vida, con salud,

ingresos, vivienda, cultura y felicidad. Y es esto lo que se entiende por desarrollo humano. (31).

Otro enfoque (31), aborda el concepto de funcionamientos elementales, los cuales son los elementos necesarios para vivir en una sociedad con unos mínimos vitales entre los que se encuentra alimentación adecuada, salud, bienestar, vivienda, entre otros, para luego alcanzar otros más complejos como son aspectos políticos, sociales y culturales.

En Colombia la discusión sobre calidad de vida se inicia en los años 80 y 90 del siglo pasado. Una de las autoras colombianas que ha trabajado el tema (29), plantea que la calidad de vida tiene tantos conceptos como escenarios desde donde se realicen los postulados sobre el tema. Inicialmente se consideró importante establecer qué tiene que ver la calidad de vida con los modos de vida que poseen las personas en su cotidianidad y que dan cuenta de los aspectos esenciales del sentido y los estilos de vida, relacionados además con la capacidad de gestión que se presenta en un grupo de personas o en una sociedad.

Involucra las relaciones que se dan en una sociedad, las redes que se construyen, las dinámicas de un grupo poblacional, los escenarios en los cuales estos dan sentido a vivir en comunidad y las relaciones de poder, servicios y política. También se incluye la gestión que se realiza desde la colectividad en el abordaje de la salud y la enfermedad debido a la importancia que genera en el contexto vital (29).

Amartya Sen (32) propone un enfoque de "capacidades básicas" el cual presenta una estrecha relación entre ética y bienestar, al tiempo permite visibilizar en las comunidades las privaciones a las cuales son sometidas las personas. Intenta establecer parámetros para medir la calidad de vida en las personas más allá de la teoría de necesidades, estableciendo una capacidad de gestión buscando un beneficio colectivo.

7.2 La salud y sus determinantes sociales

La salud es definida en su tradicional concepción como estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no solo la ausencia de enfermedad (33), el mismo concepto ha presentado transformaciones durante la historia de la humanidad, en este momento se convierte en un concepto universal, incluyente y que busca la garantía del derecho a la salud consagrado en los derechos humanos, buscando una equidad para todos los ciudadanos. En los últimos años la transformación del concepto de salud ha llevado a que se vea más allá del mero malestar en las personas, para transformarse en un proceso social donde que incluye las etapas del ciclo vital, las características de calidad de vida de las personas, las poblaciones diferenciales y las prácticas culturales de la sociedad (34).

Se propone que la salud es un desarrollo de capacidades y potencialidades del cuerpo humano que permiten la respiración, las actividades musculares, cardiovasculares, inmunológicas, visuales auditivas, digestivas y afectiva, entre otras (34). Estas actividades hacen que las personas puedan mantenerse así por la mayoría del tiempo de su vida, incluyendo su etapa de vejez o adultez mayor, que les permite desarrollarse en comunidad. Esas potencialidades no solo son responsabilidad de la persona, sino también de una sociedad, de un estado que debe velar por la aplicación efectiva de estrategias que logren cumplir con el cometido de mantener personas sanas a través de procesos tecnológicos, humanos, sociales, culturales (35).

Desde inicios del siglo XIX se concluyó con la evidencia de las pandemias que las enfermedades se encontraban estrechamente relacionadas con las condiciones de vida de las personas en las cuales se encuentra inmerso lo económico, lo ambiental, las condiciones higiénico sanitarias, la alimentación, los contextos laborales entre otras, es así como se descubre que las condiciones de una persona obrera pobre en una fábrica son completamente diferentes a las del dueño de la misma a pesar de compartir espacios cercanos. La salud pública entre sus objetivos busca identificar características que afectan la salud de las personas en sus escenarios cotidianos, impulsada por la necesidad de controlar las enfermedades causantes de altas tasas de mortalidad.

A partir de las necesidades se construyen los modelos higienistas en los países industrializados que identifican cómo los determinantes sociales se pueden asociar a las enfermedades que presentan las personas en las comunidades, creando a principios del siglo XX las políticas sanitarias, las cuales debían ser adoptadas por los países. Estas políticas y acciones mostraron una gran eficacia en el control de ciertas infecciones que eran de fácil propagación, planes como la vacunación, el control de vectores, los controles aduaneros y otros lograron un control sobre la fiebre amarilla, el sarampión y la viruela. Estas diferentes intervenciones llevaron a la conclusión que las enfermedades son multicausales y que el contexto donde una persona se ubica de acuerdo a sus condiciones y calidad de vida puede hacerlo más propenso o pueden generar factores protectores.

Los elementos contextuales, como los ambientales, sociales, políticos, económicos, culturales que logran esa propensión o protección a la enfermedad se denominan determinantes sociales de la salud (36), en los cuales se busca establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud.

Existen 3 teorías de abordaje de los determinantes sociales de la salud (37) Las tres teorías son la teoría psico-social, la teoría de la producción social de la enfermedad y la teoría ecosocial, todas buscan establecer propuestas explicativas de las desigualdades sociales en la salud, no se reducen a la causalidad de la enfermedad y sus consecuencias por el contrario definen sus aspectos sobre las condiciones sociales y biológicas en la salud de los grupos de personas y como estas se interrelacionan con el fin de construir recomendaciones en la toma de decisiones. (36).

La teoría psico-social, propone que la jerarquía en las sociedades para las personas menos favorecidas crea una autopercepción que causa daños a la salud, una discriminación autopercebida causante de estrés generando susceptibilidad a la enfermedad y deterioro de vínculos y redes sociales (37).

La segunda teoría es la teoría de producción social de la enfermedad, esta teoría se fundamenta en la falta de recursos que poseen las personas de los grupos sociales menos favorecidos, por lo cual no logran superar factores que deterioran su calidad de vida y salud, constituyéndose en un modelo de reproducción social. Este modelo se basa en las prioridades que tiene el capitalismo de acumulación de riqueza y poder por algunas personas de ciertos grupos sociales, los mismos sacrifican el bienestar y buen vivir, no se niegan los demás factores que influyen en el contexto para propiciar la inequidad por beneficios económicos, pero da un papel prioritario a las condiciones estructurales, como son la economía y la política a las condiciones de calidad de vida (37).

Un tercer modelo es la perspectiva ecosocial, en la cual se aborda como la organización social y biológica construyen un ecosistema que condiciona la situación de salud. Esta teoría integra la relación de lo social con lo medio ambiental y como se expresa en el cuerpo de las personas que viven y se desarrollan en ese contexto, comprendiendo que las personas viven en el medio que les permite sus oportunidades (37).

El modelo que más se acerca al proyecto de investigación que presenta este documento es el de producción de inequidades en salud, este modelo aborda la relación entre diferentes niveles de condiciones en los contextos, incluye capas de determinación que van desde el individuo hasta la comunidad, el centro del modelo son las personas por ello en la primera capa se abordan datos demográficos relevantes para las investigaciones, en la segunda capa se aborda el modo de vida de las personas y estilos de vida incluyendo los hábitos, en la tercera capa se encuentran las redes sociales y comunitarias, en la cuarta capa se incluyen factores de vida como trabajo, educación, salud, medioambiente condiciones prevalentes en las condiciones de la sociedad (38).

8. METODOLOGÍA

8.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo con dos fases de recolección de información cualitativa y cuantitativa. La fase cuantitativa permitió recolectar información de los años 2013 y 2014. La fase cualitativa para la recolección de información se utilizaron fuentes primarias (población víctima del conflicto armado) y secundarias (análisis de sistemas de información). Como instrumentos se utilizó entrevistas semiestructuradas, bases de datos de Atención Primaria en Salud (APS) en línea y Registros Individuales de Prestación de Servicio (RIPS) que posee el Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E.

8.2 Categorías de análisis y técnicas en la fase cualitativa

En este apartado la recolección de la información se llevó a cabo a través de 10 entrevistas. Se interrogaron 7 dimensiones de la calidad de vida, para ello se establecieron una serie de preguntas orientadoras.

Calidad de vida: El término es reciente se vuelve popular sobre 1975, hace alusión a la constante preocupación de las personas y ciencias por las condiciones en las cuales habitan las personas, se busca cumplir unas expectativas a partir de las aspiraciones que se quieren cumplir, para el proyecto conocer la perspectiva de lo que significa calidad de vida y si esas expectativas se cumplen o no a partir de los cambios a los que son sometidos.

Condiciones económicas: Se define como los recursos económicos con que cuenta el hogar antes o después del desplazamiento, con el fin de satisfacer necesidades básicas. - Trabajo: Tipo de acción realizada con el fin de satisfacer algún tipo de necesidades básicas o complementarias, pueden ser de origen intelectual o manual, se recibe una compensación económica por tal acción, durante la historia de la unidad ha presentado diferentes cambios entre ellos pasar de la esclavitud donde un señor feudal colocaba a trabajar a sus esclavos dándoles lo necesario para sobrevivir, luego paso al capitalismo donde se logran algunos derechos laborales con lo cual una persona vende su fuerza de trabajo. Durante la

investigación es fundamental conocer cómo este factor influye en la vida de las personas y su calidad de vida. - Educación: Proceso en el cual se desarrolla en las personas capacidades intelectuales, afectivas y morales que permiten la adaptación a una sociedad y normas de convivencia. En la sociedad actual, la educación formal se imparte en instituciones educativas, a partir de la edad que la persona tenga y las expectativas, al tiempo esta formación también se puede dar en el hogar, espacios públicos y otros escenarios de confluencia humana. En los últimos años ha tomado mucha fuerza la formación a través de las tecnologías de la informática y la comunicación. Para la presente investigación se identificará la educación de los participantes y esto cómo influye en su calidad de vida. - Vivienda: Lugar acondicionado con el fin de ser habitado, cuya principal función es ofrecer refugio de las características medioambientales y habitación a los seres que en ella habitan, al tiempo es un escenario de protección, albergue e interacción familiar o social. Para el proyecto es importante como este escenario de convivencia cambia y puede afectar la calidad de vida y salud de una persona de acuerdo también a sus condiciones.

Percepción sobre servicios de salud y atención: Entendida como un estado pleno del ser vivo de bienestar que permite cumplir con las tareas diarias, para la presente investigación se aborda la atención en salud y la calidad de la misma, además de afecciones comunes en las personas víctimas del conflicto armado. - Seguridad: Es un conjunto de medidas sociales que les permite a las personas o integrantes de una comunidad evitar situaciones de peligro, para la presente investigación es importante conocer cómo se vivió esta situación antes del hecho victimizante y después del mismo, debido a las implicaciones que tiene en las personas.

Vínculos Familiares: Se definen como los lazos familiares que vinculan a las personas en una afinidad socialmente reconocida, entre los que se encuentran matrimonio, padres, hijos, hermanos, tíos, sobrinos, abuelos entre otros, cumple la función de generar un relación que permite diferentes tipos de apoyos o desapegos para esta investigación.

Muerte y vida: Esta categoría es emergente y se define como las nociones de vida y muerte por las cuales deben pasar la mayoría de personas víctimas del conflicto armado a partir de las experiencias que viven.

Religión: Categoría emergente, se define como sistema de creencias culturales con las que una persona se reconoce y en la cual existe uno o varios dioses a quienes se responsabiliza de la creación del universo y lo que ello contiene, en el proyecto se busca conocer cómo la religión ayuda a las personas a sobreponerse a las situaciones vividas.

Expectativas a futuro: Categoría emergente, se define como la visión o sueños que tiene la persona en un tiempo cercano, parte de su proyecto de vida e incluye todos los ámbitos de vida, en el proyecto es importante como esa expectativa de vida cambia con el hecho de ser una persona víctima del conflicto armado.

Proceso de paz: Categoría emergente, se define como escenario de diálogo y concertación entre dos o más grupos de personas con el fin de lograr un objetivo común el cual puede ser el fin de un conflicto, para la investigación es importante conocer cuál es la visión que se tiene frente a los diálogos de paz y los acuerdos alcanzados en los mismos.

8.3 Variables y técnicas en la fase cuantitativa

Análisis descriptivo de la información que permite establecer una mirada sobre lo que puede ocurrir en determinado grupo poblacional a través de tendencias. Para el estudio se utilizaron las bases de datos de Atención Primaria en Salud APS en línea, las cuales corresponden a un registro sistemático de intervenciones que realizan los profesionales y técnicos de la institución de salud en el programa de salud pública que se denomina territorios saludables cuando realizan visitas a las viviendas e identifican factores de riesgo que pueda terminar en enfermedad para las personas de ese núcleo familiar y los Registros Individuales de Prestación de Servicios, RIPS que es donde se notifica el motivo de consulta cuando una persona asiste a algún servicio de salud y debe ser diligenciado por el profesional que atiende.

Las variables en estudio se clasificaron según naturaleza y nivel de medición en variables cualitativas: nominal y ordinal, y variables cuantitativas: razón e intervalo, las cuales se describen a continuación:

Variable	Codificación de la variable	Naturaleza	Nivel de medición
Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Razón
Sexo	Hombre Mujer	Cualitativa	Nominal
Pertenencia étnica	Ninguno Afrocolombiano Indígena ROM/ Gitana	Cualitativa	Nominal
Estado civil	Soltero Casado Unión libre Separado Viudo	Cualitativa	Nominal
Nivel educativo	Primaria Secundaria Técnico Profesional	Cualitativa	Ordinal
Empleabilidad	Empleado Desempleado	Cualitativa	Nominal
Ocupación	Trabajador no calificado Ama de casa Agricultor Fuerzas militares Profesional Técnico o tecnólogo Ninguna Sin información	Cualitativa	Nominal
Tipo de aseguramiento en salud	Subsidiado Contributivo Excepción Especial No asegurado	Cualitativa	Nominal
Barrio	Barrio de residencia	Cualitativa	Nominal
Tiempo de residencia	Menos de 1 mes 1 a 5 meses 6 a 12 meses 1 a 2 años 3 a 5 años 6 o más años	Cuantitativa	Ordinal
Tenencia de la vivienda	Arriendo	Cualitativa	Nominal

	Propia Casa de un familiar		
Antecedente de enfermedad	Ninguno Últimos 30 días	Cualitativa	Nominal
Manejo de la enfermedad	Acudió a médico u odontólogo Acudió a promotor Acudió a farmaceuta Remedios caseros Automedicación No acudió Consulta a tegua	Cualitativa	Nominal
Inasistencia a servicios de salud	Caso leve Cita distante Falta de dinero Lejanía del centro de salud Mal servicio No tuvo tiempo No lo atendieron Trámites de cita	Cualitativa	Nominal
Controles prenatales	Si No	Cualitativa	Nominal

Para el análisis de los datos se llevó a cabo el proceso de triangulación metodológica, el cual es un procedimiento de investigación empleado en estudios en donde se combinan métodos cualitativos y cuantitativos, usado para asegurar que se toma una aproximación más comprensiva en la solución del problema de investigación. Esto se planteó con el objetivo de cubrir las deficiencias intrínsecas de un solo método de investigación y así incrementar la validez de los resultados (39).

En este sentido se usó una triangulación metodológica entre métodos (across-method). Su característica es la combinación de dos o más estrategias de investigación diferentes, con el fin de obtener datos de diversas fuentes y de esta forma tener información diferente pero complementarios sobre el mismo fenómeno en estudio, y como se mencionó anteriormente, incrementar la validez de los resultados; en este caso la información surgió de entrevistas a población víctima del conflicto armado como aproximación cualitativa, y del análisis de fuentes secundarias de bases de datos como aproximación cuantitativa (40).

8.4 Población y muestra

La población objeto de la investigación correspondió a personas, mujeres y hombres víctimas del conflicto armado inscritas en el Registro Único de Víctimas (41) residentes en la localidad de Tunjuelito durante los años 2013-2014.

Se entrevistaron un total de diez personas que fueron identificadas a través de la base de datos de Atención Primaria en Salud (APS) del hospital público local; los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad (18 o más años), encontrarse inscrito en el RUV, ser residente en la localidad de Tunjuelito, haber recibido atención en salud en la ESE del área de influencia y aceptar la participación voluntaria en la investigación.

Se realizó triangulación de la información obtenida de entrevistas y registros de APS en línea, ya que el uso de varios métodos para recolectar información y estudiar el fenómeno permite visualizar el problema desde diferentes ángulos y de esta forma aumentar la calidad, validez y consistencia de los hallazgos.

8.5 Plan de análisis

La información cuantitativa fue analizada con el programa Excel, realizando análisis a través de estadística descriptiva básica: frecuencias y porcentajes, se utilizaron gráficas, tablas y mapas para presentar los resultados. La información cualitativa se analizó con matriz de Excel (anexo 2) ubicando las respuestas de los entrevistados recolectadas bajo el modelo descriptivo, de acuerdo a las categorías previamente definidas en los objetivos de la investigación y las categorías emergentes, para después realizar el análisis de la información relacionando con la bibliografía disponible.

Para el análisis de los datos se llevó a cabo el proceso de triangulación metodológica, el cual es un procedimiento de investigación empleado en estudios en donde se combinan métodos cualitativos y cuantitativos, usado para asegurar que se toma una aproximación más comprensiva en la solución del problema de investigación. Esto se

planteó con el objetivo de cubrir las deficiencias intrínsecas de un solo método de investigación y así incrementar la validez de los resultados (42).

En este sentido se usó una triangulación entre métodos. Su característica es la combinación de dos o más estrategias de investigación diferentes, con el fin de obtener datos de diversas fuentes y de esta forma tener información diferente pero complementarios sobre el mismo fenómeno en estudio, y como se mencionó anteriormente, incrementar la validez de los resultados; en este caso la información surgió de entrevistas a población víctima del conflicto armado como aproximación cualitativa, y del análisis de fuentes secundarias de bases de datos como aproximación cuantitativa (43).

8.6 Consideraciones éticas

El estudio se desarrolló bajo la normativa de Colombia para trabajos de investigación (resolución número 8430 de octubre 4 de 1993, del Ministerio de Salud), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Velando por el principio de no maleficencia evitando el daño a la población sujeto de investigación.

Esta normativa fue aplicada durante el proceso de solicitud de permisos, firmas de consentimientos informados, manejo de la información y en la futura exposición de los resultados ante el comité de ética de la Facultad de Economía de la Universidad Santo Tomás.

Se elaboró el consentimiento informado, el cual fue explicado detenidamente a cada participante y de aceptar la participación en la investigación se procedía a la firma del mismo.

La investigación realizada no puso en riesgo la vida de ninguna persona y la información que se recolectó se salvaguardará en total reserva y solo será usada para fines

académicos. Se mantendrán protocolos estrictos de seguridad con la información teniendo en cuenta la calidad de víctima que poseen las personas participantes.

Durante la investigación e intervenciones se respetaron las diversas costumbres inherentes a los participantes entendiendo que hacen parte de sus características culturales.

9. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS

Este capítulo presenta los resultados de la investigación, en primer lugar se presentarán los datos cuantitativos brindados y analizados por parte del Hospital Tunjuelito, en donde se realiza un análisis descriptivo con la información cuantitativa, relacionado con las características de la población en el territorio y al tiempo la relación atención en salud y principales diagnósticos por los cuales consultaron las personas víctimas del conflicto armado durante los años 2013 y 2014 en el Hospital Tunjuelito. En una segunda parte se realiza la presentación de los datos cualitativos, en los cuales se incluye el análisis de las entrevistas, en una última parte se realiza una discusión de los principales hallazgos identificados.

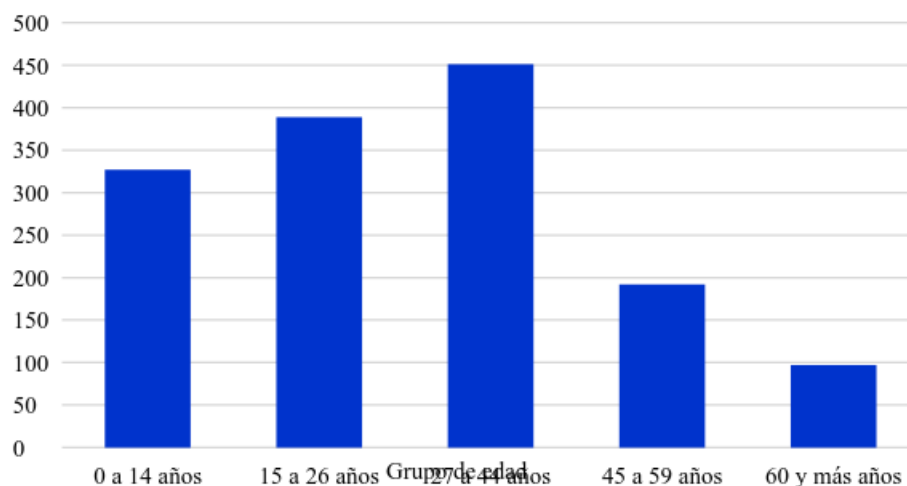
9.1 Caracterización sociodemográfica y de salud de la población y la familia

9.1.1 Caracterización sociodemográfica de la población y el grupo familia

Se identificaron un total de 1.456 personas, de los cuales el mayor porcentaje se concentra en el grupo de edad de 27 a 44 años con un 31,0%, seguido del grupo de edad de 15 a 26 años con un 26,7% y la población de 0 a 14 años con un 22,5%, estos tres grupos reúnen el 80,2% del total de la población en todas las etapas de ciclo vital. Por el contrario el menor porcentaje se encontró en el grupo de edad de 60 y más años con el 6,7% del total (ver Gráfica N° 1). Los grupos étnicos en la localidad son mínimos, se reducen a población afrocolombiana que reside en su gran mayoría en el barrio Tunjuelito y Abraham Lincoln, según el informe Bogotá ciudad de estadísticas 2005, en la localidad existe un total de 370

personas de grupos indígenas y 2412 personas auto reconocidas como afrocolombianos lo que equivale al 2.5 del total de grupos étnicos ubicados en la ciudad, la mayoría de los grupos étnicos se ubican en localidades como son Ciudad Bolívar, san Cristóbal y Suba, donde existen grupos asentados desde hace algunos años.

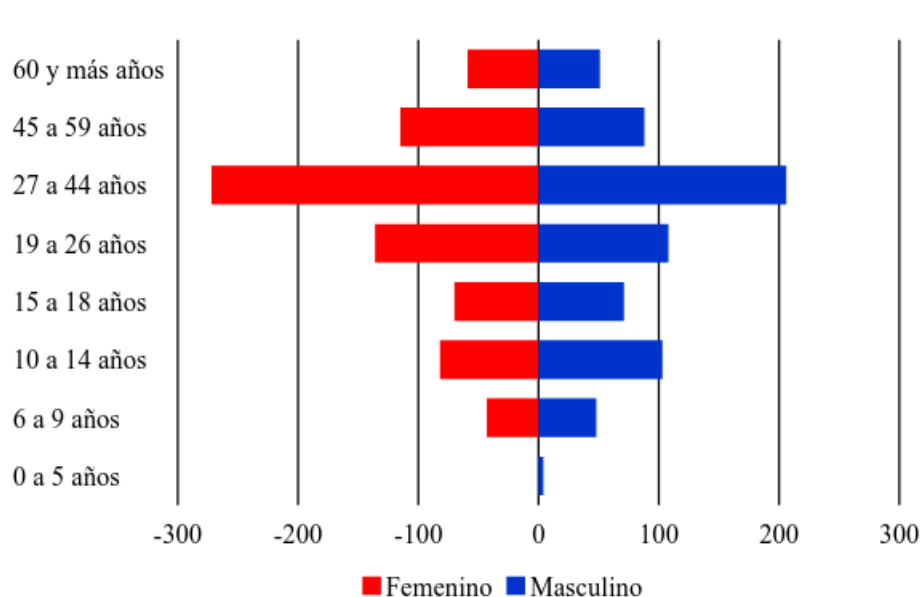
Gráfica N° 1. Población víctima del conflicto armado según grupo de edad, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.



Fuente: Base de datos APS, ESE Hospital Tunjuelito, 2013-2014

De acuerdo al sexo y la etapa de ciclo vital, la pirámide poblacional permite identificar que, en el total de individuos, predomina el sexo femenino con un 53,4% (n=777) mientras que el sexo masculino representa el 46,6% (n=679). Este mismo comportamiento de predominio del sexo femenino sobre el masculino se observa a partir de los 19 años y hasta los de 60 y más años, mientras que en las etapas de ciclo vital de 18 y menos años se presenta un predominio del sexo masculino sobre el femenino. Se encontró una relación hombre / mujer de 1,14 (ver Gráfica N° 2)

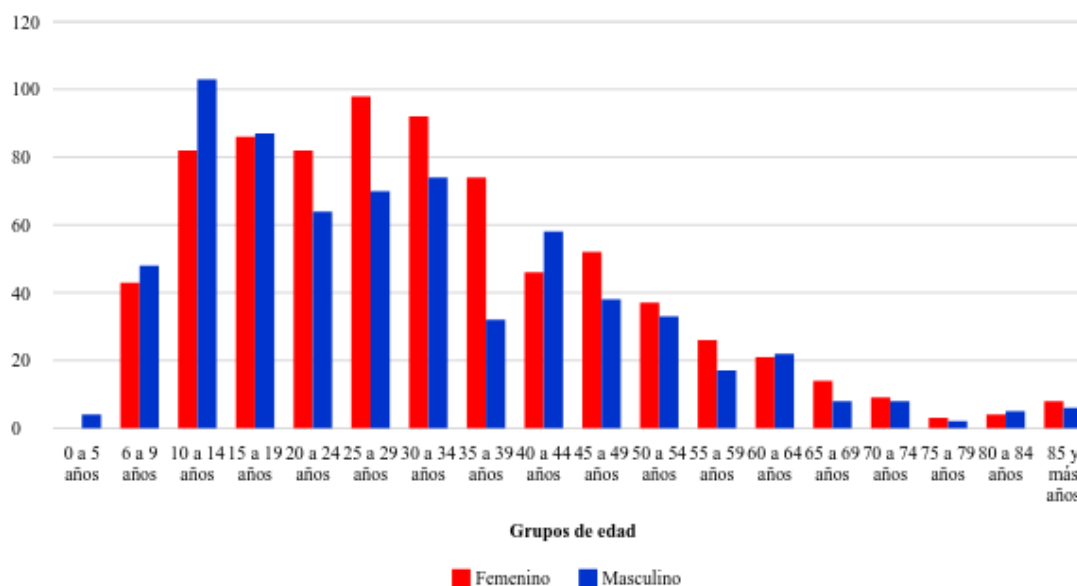
Gráfica N° 2. Pirámide poblacional por etapa de ciclo vital de población víctima del conflicto armado, Localidad Tunjuelito – Bogotá, 2013 – 2014.



Fuente: Base de datos APS, ESE Hospital Tunjuelito, 2013-2014

Por grupos de edad quinquenal se observa el mayor porcentaje de casos entre los 10 a 14 años con un 12,7% (n=185), seguido de los grupos de edad de 15 a 19 años con un 11,9% (n=173). En la distribución por sexo, el mayor porcentaje en mujeres se concentra en el grupo de edad de 25 a 29 años con el 12,6 % (n=98) mientras que para los hombres el mayor porcentaje se concentra en el grupo de edad de 10 a 14 años con el 15,2 % (n=103). La razón hombre / mujer es de 0,87 (ver Gráfica N° 3).

Gráfica N° 3. Población víctima del conflicto armado según sexo y grupo de edad quinquenal, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.



Fuente: Base de datos APS, ESE Hospital Tunjuelito, 2013-2014

Dentro de las características demográficas y sociales como la pertenencia étnica y el estado civil, se encontró que el 95% de la población víctima del conflicto armado no se identifica en algún grupo étnico; la población afrocolombiana representa un 3,7%, la población indígena un 1,0% y la población ROM/Gitana un 0,3%. Según el estado civil, el mayor porcentaje se concentró en población soltera con un 54,4%, seguido de unión libre en un 29,3%, casado en un 7,0%, separado en un 6,3% y viudo en un 3,0%.

Con respecto a educación se encuentra que la mayor proporción de la población cuenta con un bajo nivel educativo, ya que el 43,8% reporta haber culminado los estudios de básica primaria y solo el 20,5% reporta haber culminado los estudios de secundaria. Un porcentaje significativamente inferior reporta estudios técnicos y profesionales en 1,4%.

De acuerdo a la empleabilidad de la población, se encuentra un comportamiento similar frente a población empleada vs desempleada, sin embargo esta difiere de acuerdo al grupo de edad, encontrando de esta forma en la población joven de 19 a 26 años el mayor

porcentaje de desempleo cercano al 80,3%, seguido de la población de 60 y más años con un porcentaje de desempleo del 58,2% (ver Tabla N° 1).

Tabla N° 1. Población víctima del conflicto armado según grupo de edad y empleabilidad, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.

Grupos de edad	Empleado		Desempleado		Total	%
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje		
15 a 18 años	10	7,1%	131	92,9%	141	12,0%
19 a 26 años	48	19,7%	196	80,3%	244	20,7%
27 a 44 años	293	61,3%	185	38,7%	478	40,6%
44 a 59 años	119	58,6%	84	41,4%	203	17,3%
60 y más años	46	41,8%	64	58,2%	110	9,4%
Total	516	43,9%	660	56,1%	1.176	100%

Fuente: Base de datos APS, ESE Hospital Tunjuelito, 2013-2014

Frente a la ocupación reportada por la población víctima del conflicto armado en el momento de la recolección de información se encontró que aproximadamente el 53% eran parte del grupo de trabajadores no calificados y el 22% no tenían ningún tipo de ocupación. Al analizar esta variable por sexo se encontró que para los dos sexos el mayor porcentaje fue trabajador no calificado, 68,7% para hombre y 40,7% para mujeres. En hombres, lo siguen en frecuencia los casos de ninguna ocupación en un 22,5%. En mujeres luego de las trabajadoras no calificadas le siguen las mujeres con ocupación ama de casa en un 31,2%, ninguna ocupación en un 21,4% (ver Tabla N° 2).

Tabla N° 2. Población víctima del conflicto armado según sexo y ocupación, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.

Ocupación	Masculino		Femenino	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Trabajador no calificado	241	68,7%	187	40,7%

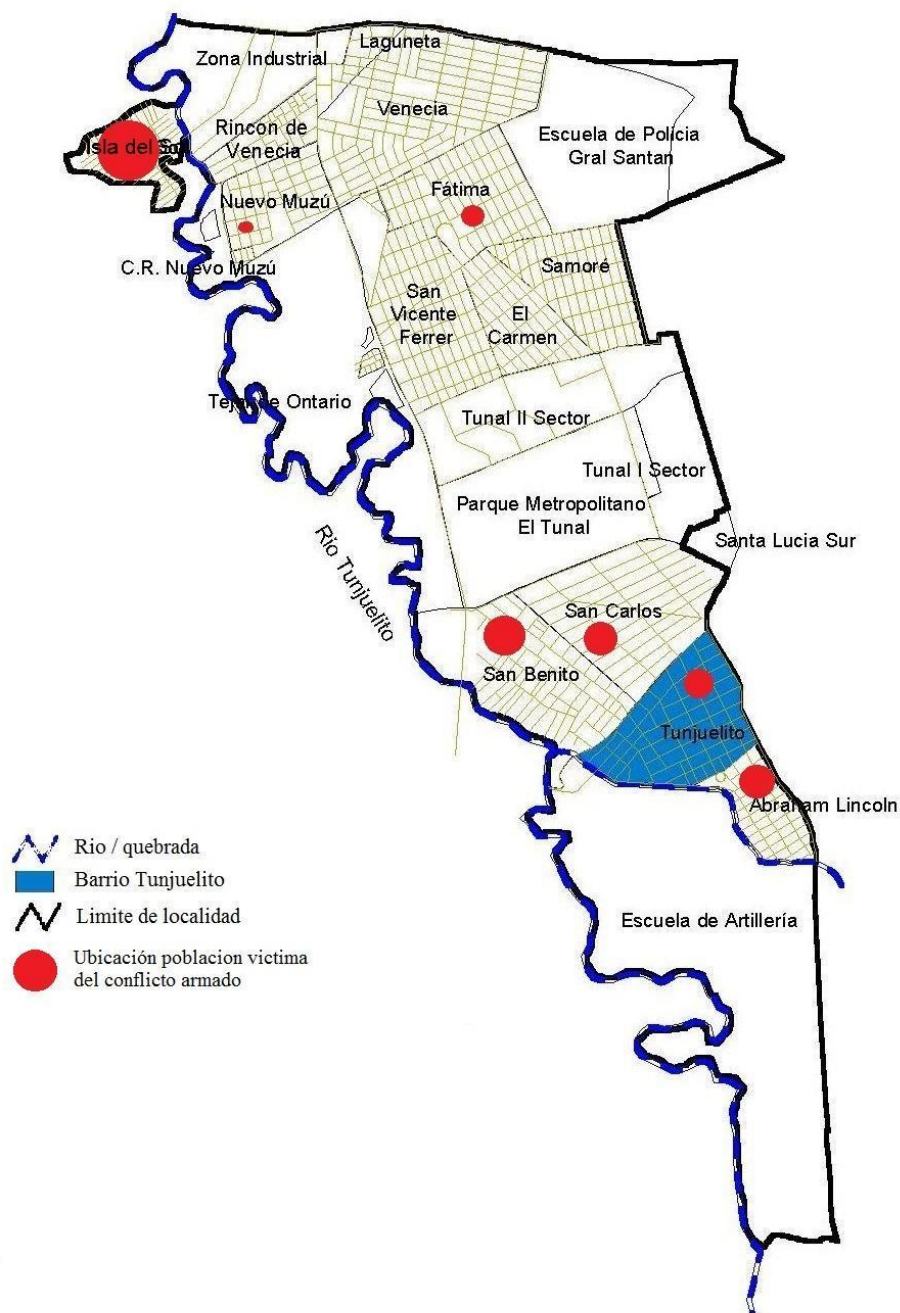
Ninguno	79	22,5%	98	21,4%
Sin información	17	4,8%	25	5,4%
Ama de casa	11	3,1%	143	31,2%
Agricultor	1	0,3%	0	0,0%
Fuerzas Militares	1	0,3%	0	0,0%
Profesional titulado y especializado	1	0,3%	0	0,0%
Profesional titulado en cualquier área	0	0,0%	4	0,9%
Técnico y tecnólogo en cualquier área	0	0,0%	2	0,4%

Fuente: Base de datos APS, ESE Hospital Tunjuelito, 2013-2014

9.1.2 Caracterización de grupo familiar

De acuerdo a la información por grupo familiar se encontró que el total de la población se encontraba agrupada en 45 familias, distribuidas en siete barrios de la localidad. El mayor número de familias, 21 en total se ubican en el barrio Isla del Sol, ocho familias se ubican en el barrio San Benito, seis familias se ubican en el barrio Abraham Lincoln, cuatro en el barrio San Carlos, tres en el barrio Tunjuelito, dos en el barrio Fátima y una familia en el barrio Nuevo Muzú (ver Ilustración N° 1).

Ilustración N° 1. Distribución de familias víctimas del conflicto armado por barrios, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.



Fuente: Base de datos APS, ESE Hospital Tunjuelito, 2013-2014. Mapa: Alcaldía Local de Tunjuelito.

De estas familias, el 31,1% (n=14) vive en una zona de riesgo de inundación, dada la cercanía de la residencia con el río Tunjuelito, estas se ubican principalmente en el barrio Isla del Sol (n=11), el barrio San Benito (n=2) y el barrio Tunjuelito (n=1). Según el tipo de vivienda, 24 familias viven en casa, 14 familias viven en un cuarto/pieza, siete viven en apartamento. Todas las viviendas tienen servicios básicos de agua, luz, gas, recolección de basuras y acueducto, todas cuentan con batería sanitaria y en nueve hogares existe convivencia con animales, principalmente perros, gatos y un loro.

De acuerdo al tiempo de residencia en la localidad, el mayor porcentaje de las familias llevan entre uno a cinco meses viviendo en la localidad, lo siguen las familias con una residencia entre uno a dos años con un 13,3% y las familias con una residencia de entre 6 a 12 meses a con un 11,1%. Es de resaltar en esta variable que el 73,3% de las familias tenían tiempos de residencia menores a un año (ver Tabla N° 3).

Tabla N° 3. Población víctima del conflicto armado según tiempo de residencia en la localidad, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.

Tiempo de residencia	Número	Porcentaje
Menos de 1 mes	3	6,7%
1 a 5 meses	25	55,6%
6 a 12 meses	5	11,1%
1 a 2 años	6	13,3%
3 a 5 años	4	8,9%
6 o más años	2	4,4%

Fuente: Base de datos APS, ESE Hospital Tunjuelito, 2013-2014

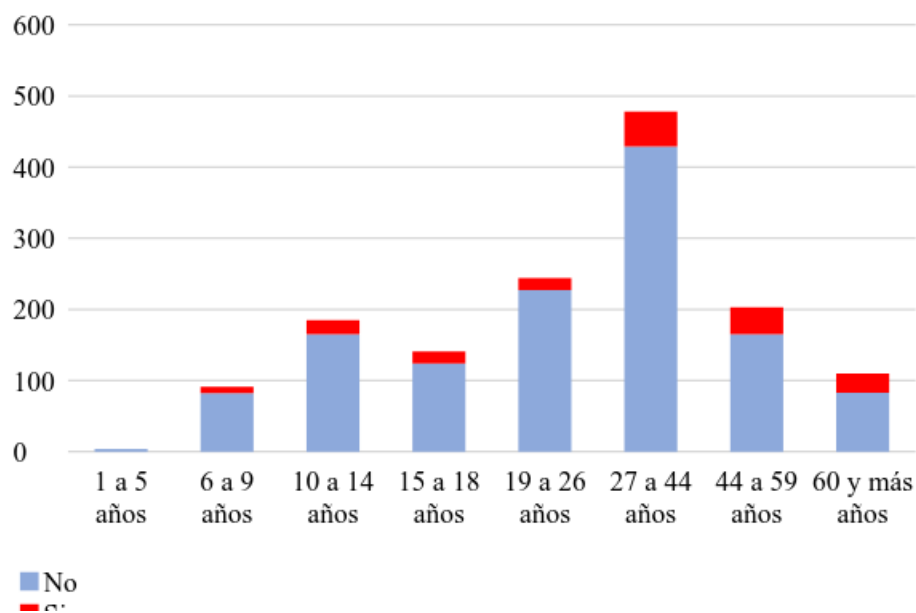
Finalmente, según la tenencia de la vivienda el 93% de las familias viven en arriendo, el 5% viven en la casa de un familiar y el 2% tienen una vivienda propia. Así mismo, en 10 viviendas se tiene otro uso conjunto, en cuatro viviendas existe taller de costura, en cuatro hay tiendas, en una existe una curtiembre y en otra funciona un parqueadero.

9.1.3 Condiciones de salud y enfermedad de la población víctima

Al analizar los antecedentes de enfermedad en los últimos 30 días, de acuerdo a la fecha de entrevista, se identificó que el mayor porcentaje de población que estuvo enfermo en los últimos 30 días se presentó en el grupo de edad de 60 y más años, en donde un 24,5% de la población manifestó un antecedente de enfermedad en el último mes, lo sigue el grupo de edad de 44 a 59 años en donde el 18,7% de la población manifestó un antecedente de enfermedad en el último mes y en tercer lugar se encontró el grupo de edad de 15 a 18 años quienes el 12,1% de la población manifestó un antecedente de enfermedad en el último mes. Se resalta en esta variable que no se reportó antecedente de enfermedad en los menores de 5 años y en los niños de 6 a 9 años solo en el 9,9% se reportó este antecedente (ver Gráfica N° 4).

En concordancia con lo anterior, se encontró que el 55,1% de población asistió a consulta de medicina general en el último año, con relación a la fecha de la encuesta, en mujeres el porcentaje fue de 56,5% y en hombre el porcentaje fue de 53,4%.

Gráfica N° 4. Población víctima del conflicto armado según antecedente de enfermedad durante últimos 30 días y grupo de edad, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.



Fuente: Base de datos APS, ESE Hospital Tunjuelito, 2013-2014

Se observó el manejo que las personas víctimas del conflicto tuvieron durante la enfermedad, encontrando que el mayor porcentaje de la población (53,7%) que manifestó haber tenido algún tipo de enfermedad durante los últimos 30 días acudió a médico u odontólogo, el 16,9% acudió a un promotor de salud, el 11,9% acudió a un farmaceuta y un 11,3% realizó remedios caseros, siendo importante resaltar que un 4,0% no acudió a ningún tipo de servicio ni realizó manejo de la enfermedad (ver Tabla N° 4).

Tabla N° 4. Manejo de la enfermedad en los últimos 30 días en la población víctima del conflicto armado, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.

Manejo de la enfermedad	Número	Porcentaje
Acudió a médico u odontólogo	95	53,7%
Acudió a promotor	30	16,9%
Acudió a farmaceuta	21	11,9%
Remedios caseros	20	11,3%
Automedicación	11	6,2%
No acudió a nadie	7	4,0%
Consultó a tegua	1	0,6%

Fuente: Base de datos APS, ESE Hospital Tunjuelito, 2013-2014

En este sentido, 38 personas no acudieron ni solicitaron ayuda durante la enfermedad y las razones que manifestaron fueron en un mayor porcentaje la falta de dinero, seguido del pensamiento de que se trataba de un caso leve, los trámites para solicitar citas médicas, el centro de atención es lejano, no tuvo tiempo, no lo atendieron, citas distantes y en un caso manifestaron mal servicio y haber consultado antes sin solución. Es de aclarar que una persona puede referir inasistencia por una o varias razones (ver Tabla N° 5).

Tabla N° 5. Causas de inasistencia a servicios de salud ante enfermedad en la población víctima del conflicto armado, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.

Causa de no consulta	Número	Porcentaje
Falta dinero	19	50,0%
Caso leve	12	31,6%
Trámites de cita	8	21,1%
Centro de atención lejano	7	18,4%
No tuvo tiempo	5	13,2%
No lo atendieron	4	10,5%
Cita distante	3	7,9%
Mal servicio	1	2,6%
Consultó antes sin solución	1	2,6%

Fuente: Base de datos APS, ESE Hospital Tunjuelito, 2013-2014

Adicionalmente se identificaron 17 casos de desnutrición dentro de la población de los cuales, dos casos se identificaron en la población de 6 a 9 años, nueve en la población de 10 a 14 años, tres en la población de 15 a 18 años y se identificó un caso en la población de 19 a 26 años, 27 a 44 años y 60 y más años. Así mismo se encontraron 18 casos de diabetes en población mayor de 40 años y 60 casos de hipertensión arterial crónica principalmente en hombres y mujeres de 60 y más años.

Frente a la notificación de eventos de interés en salud pública en este grupo poblacional, se notificaron cuatro casos de morbilidad materna extrema (MME) que corresponden a mujeres con complicación severa durante la gestación, parto o postparto que puso en riesgo su vida pero sobrevivió, se notificaron tres casos de prematurez, dos casos de muertes violentas y un caso de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (45), un caso de mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA), un caso de intento de suicidio y un caso de bajo peso al nacer (ver Tabla N° 6).

Tabla N° 6. Eventos de interés en salud pública notificados en la población víctima del conflicto armado, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.

Evento de interés en salud pública	Casos
Embarazos complicados (MME)	4
Nacimientos prematuros	3
Muertes violentas	2
Mortalidad por EDA	1
Mortalidad por IRA	1
Intento de suicidio	1
Bajo peso al nacer	1

Fuente: Base de datos APS, ESE Hospital Tunjuelito, 2013-2014

Un indicador trazador en atención en salud se encuentra relacionado con la atención en salud materna e infantil, en este sentido se encontró un total de 40 casos de mujeres víctimas del conflicto armado en gestación, de las cuales de acuerdo al grupo de edad el mayor porcentaje se encontró en mujeres de 30 a 34 años en donde se concentra una cuarta parte de todos los embarazos en esta población, seguido de las mujeres de 25 a 29 años con un 22,5%, resaltando que no se encontraron adolescentes (entre 15 a 19 años) en embarazo. La edad promedio de embarazo fue de 33 años, con una edad mínima de 22 años y una edad máxima de 48 años.

La tasa de fecundidad específica para este grupo poblacional encontrando una tasa de fecundidad general en las mujeres víctimas del conflicto armado residentes en la localidad de Tunjuelito de 75,5 nacimientos por 1.000 mujeres, por grupos de edad la tasa de fecundidad más alta se encontró en las mujeres de 30 a 34 años con 108,7 nacimientos por 1.000 mujeres, seguido de las mujeres de 20 a 24 años con 97,6 y las mujeres de 25 a 29 años con 91,8 nacimientos por 1.000 mujeres, por el contrario, la menor tasa de fecundidad se encontró en las mujeres de 40 a 44 años con 65,2 nacimientos por 1.000 mujeres (ver Tabla N° 7).

Tabla N° 7. Embarazo y tasa de fecundidad en población víctima del conflicto armado por grupo de edad, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.

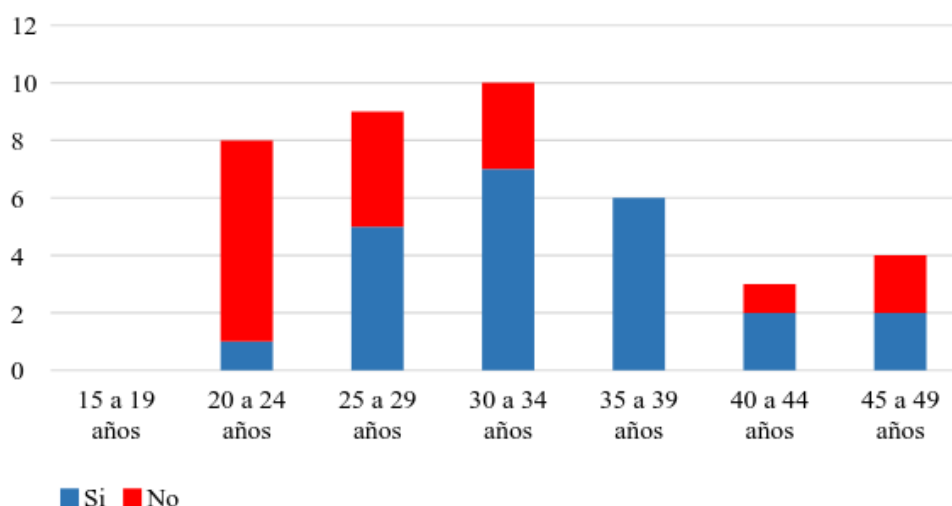
Grupo de edad	Gestantes	Porcentaje	Tasa de fecundidad
---------------	-----------	------------	--------------------

15 a 19 años	0	0,0%	0
20 a 24 años	8	20,0%	97,6
25 a 29 años	9	22,5%	91,8
30 a 34 años	10	25,0%	108,7
35 a 39 años	6	15,0%	81,1
40 a 44 años	3	7,5%	65,2
45 a 49 años	4	10,0%	76,9
Total	40	100%	75,5

Fuente: Base de datos APS, ESE Hospital Tunjuelito, 2013-2014

Ahora bien, del total de mujeres en estado de embarazo se encontró que el 57,5% asistían a controles prenatales, lo cual refleja una baja adherencia a esta actividad encaminada a identificar e intervenir los posibles riesgos de una gestación. Sin embargo al realizar la estratificación por grupos de edad de esta variable se encontró que en las mujeres jóvenes entre los 20 a 24 años de edad la adherencia a control prenatal es de solo el 12,5%, y en las mujeres de 45 a 49 años la adherencia es del 50%, en contraste, las gestantes de 35 a 39 años asistieron en un 100% a controles prenatales (ver Gráfica N° 5).

Gráfica N° 5. Embarazo y acceso a control prenatal en población víctima del conflicto armado por grupo de edad, Localidad Tunjuelito - Bogotá, 2013 – 2014.



Fuente: Base de datos APS, ESE Hospital Tunjuelito, 2013-2014

La afiliación al sistema general de seguridad social en salud nos muestra una población principalmente concentrada en población no afiliada o conocidos como vinculados en un 62,2%, seguido de la población en el régimen subsidiado en un 20,9%, población en el régimen contributivo en 16,5% y población afiliada en el régimen especial con un 0,4%, estos últimos correspondientes a seis personas afiliadas en las fuerzas militares.

9.2 Presentación de resultados Cualitativos

9.2.1 Calidad de Vida en población de estudio

Para la calidad de vida, es importante resaltar que dejar atrás todo un contexto como es tradiciones, actividades, trabajo, relaciones sociales, creencias, “cambiar la vida” debido a que se pierden procesos de muchos años y al tiempo se camina a lo desconocido en un mundo nuevo y lleno de grandes retos, se crea muchos temores, cambios que presentan crisis emocionales y allí se ve afectada la calidad de vida, debido a que para los participantes el término significa valorar la propia seguridad laboral, académica, social,

familiar, económica, lo cual se pierde con el desarraigo y es un camino que implica un nuevo proyecto de vida.

La calidad de vida es considerada por los participantes en las entrevistas como conjunto de acciones o servicios públicos o privados que facilitan suplir las necesidades básicas, un trabajo adecuado con ingresos que permitan satisfacer estas necesidades. Al tiempo es un estilo de vida que logra una empatía con el otro y permite solidaridad, reconocimiento de los otros y apoyo, en pocas palabras tener lo necesario sin importar la cantidad. Para 9 participantes, tener calidad de vida era posible antes del desplazamiento; durante el desplazamiento no se podía aplicar este concepto debido a la gran cantidad de necesidades insatisfechas que presentaban las personas en los distintos escenarios donde lograban llegar, sin embargo 5 participante refieren que las condiciones para lograr una calidad de vida se han vuelto a conseguir luego de más de 4 años de desplazamiento.

De acuerdo a lo manifestado en un par de casos, la calidad de vida ha mejorado sustancialmente, incluso mejor que antes del desplazamiento por la gran cantidad de oportunidades que se abren para sus familias en especial en el ámbito académico para los niños, niñas y adolescentes. Otro importante porcentaje de la población comenta que la situación ha empeorado debido en gran medida a la difícil situación que han tenido que vivir en la ciudad de Bogotá y que aún viven.

9.2.2 Condiciones económicas, trabajo, educación y vivienda.

La economía del hogar es un factor donde la mayoría de los participantes coinciden en que antes del desplazamiento contaban con recursos económicos necesarios para suplir las necesidades básicas, como alimentación, vestuario, servicios públicos, vivienda, salud, entre otros y se comenta por varias personas que quedaba recursos hasta para invertir. Luego del desplazamiento no se cuenta con recursos necesarios y en muchos casos se debe acudir a la solidaridad de las personas, a la búsqueda de alimentos en la central de abastos y en algunos casos a la mendicidad. Es de resaltar que existe por parte de la unidad para las

víctimas la ayuda humanitaria de emergencia, suma que asciende entre 200 mil y 600 mil pesos al año, dependiendo de la cantidad e integrantes del núcleo familiar y otros factores, lo cual no representa un cambio en la calidad de vida, ni logra suplir necesidades básicas de un núcleo familiar.

Luego del desplazamiento las personas tienden a estabilizarse, pero los recursos son pocos y no se logra cubrir los gastos, en muchos casos se menciona que han debido realizar cambio de viviendas y desocupar lugares donde residen porque no logran pagar el arriendo y acumulan entre 1 y 3 meses de deuda.

E-3 “Nos ofrecieron cuidar una casa y allí nos acusaron de ladrones, luego nos fuimos a pagar arriendo a la Fiscala, Santa librada, Monte Blanco en Usme y hasta que llegamos aquí a Tunjuelito”.

Frente a la situación de trabajo se observa un cambio en los medios de producción que las personas y las familias tienen, antes y después del desplazamiento. En el lugar de origen de las personas realizan las labores del campo y cuentan con recursos necesarios para sustentar el núcleo familiar. El desplazamiento, cambia los medios de producción, en lo urbano las opciones laborales son casi nulas, pasando de tener independencia económica, a ser objeto de subsidios por parte de la Unidad de Víctimas. Luego de estabilizarse en la ciudad, entre uno y dos años en promedio, se logra conseguir algún trabajo, las mujeres se desempeñan en labores de servicio doméstico y los hombres, por el poco conocimiento de la ciudad y los pocos estudios que tienen, se dedican en la mayoría de los casos a trabajar en construcción con pagos semanales y sin garantías laborales.

E-1 “En el trabajo por días, explotan mucho a la gente, acaban con la salud, no hay seguro, ni subsidios para los hijos, ni nada, ninguna condición laboral, pero me contaron que en una empresa de aseo estaban recibiendo así que llevé la hoja de vida y a pesar de no tener estudios fui contratada para el servicio de aseo”.

Respecto de educación, se encuentra que 2 participantes han realizado hasta segundo de primaria, 5 realizaron primaria completa, 1 realizó hasta grado noveno y 2 están estudiando para terminar el bachillerato o ya lo terminaron. En la población víctima del conflicto armado, la mayor parte de la población no consideró la educación como una prioridad en sus municipios ya que la concentración del mayor tiempo se dedicaba al

trabajo en las labores del hogar y el campo, para de esta forma devengar económicamente y ayudar al núcleo familiar, pero una vez llegan a la ciudad su prioridad es que sus familiares más cercanos y en edad escolar realicen sus estudios de secundaria y logren acceder a una carrera técnica, tecnológica o profesional, considerando así que el estudio puede ser un factor para escalar peldaños en los estratos de la ciudad.

La ciudad ofrece otros recursos, por ejemplo la experiencia de uno de los participantes quien logra terminar el bachillerato gracias a un convenio inter-administrativo con la unidad para las víctimas, que es una oportunidad única y que la aprovechó, aunque muchas personas desconocen este beneficio.

E-5 *“La vida en el campo es muy buena, uno tiene la comida de los cultivos y animales, en la ciudad si no tiene plata no come, pero sin embargo el estudio para los niños es completamente diferente, es muy buena y eso puede ayudar a mejorar la vida, por eso volvería al campo solo de paseo”.*

El tema de vivienda es complejo en la medida que no existe posibilidad alguna de compra de un inmueble debido a los pocos recursos con los cuales se cuenta. Aquí, 9 participantes en la entrevista consideran que vivían mucho mejor antes del desplazamiento debido a que en sus lugares de origen contaban con comodidades necesarias, vivienda propia o familiar, servicios públicos a bajo costo, tenencia de animales de granja como gallinas, cerdos, ganado, entre otros, que garantizaban tanto una adecuada alimentación como la obtención de recursos por su venta. En 6 casos las viviendas eran propias o heredadas sin título de propiedad.

E-3 *“La vida en el campo es muy fácil, allá uno lo tiene todo, sus aves, ganado, comida, salud, dinero, se vive muy bien”.*

Durante el desplazamiento se vieron obligados a buscar lugares donde ubicarse, dormían en sitios de invasión o en algunos casos pagaban uno o dos meses de arriendo y se quedaban por dos o tres meses más, mientras lograban conseguir recursos y pagar el arriendo o cambiar de lugar de residencia. Una vez pasa el momento del desplazamiento y se logran ubicar laboralmente, pagan arriendo en la ciudad, cuatro personas viven o vivieron en hacinamiento, cerca de ríos o en casas construidas en cemento, madera, lonas,

zinc, entre otros, aspecto presentado en capítulo anterior de análisis demográfico. Es importante resaltar que los participantes guardan la esperanza de acceder a una vivienda por el programa de “las cien mil viviendas gratis” que se encuentra en curso por parte del gobierno colombiano.

9.2.3 Percepción sobre servicios de salud y atención.

Relacionado con la salud antes del desplazamiento, las personas comentan que acudían más a los servicios de salud y tenían menos quejas frente al servicio que se presta por parte de las entidades y en especial de las persona que los atienden, una vez las personas son víctimas del conflicto armado comentan que es muy difícil acceder a los servicios de salud porque la EAPB a la cual están afiliados no presta los servicios en el lugar a donde se desplazaron, por ello acuden al servicio en promedio dos a tres años después del desplazamiento a menos que sea una emergencia.

De las personas entrevistadas 8 consideran que el servicio de salud era mejor en el lugar de donde se desplazaron que en su lugar de residencia actual, lo anterior dado por las barreras que presenta el sistema de salud, como lo son la atención en instituciones dispersas y en muchas ocasiones lejanas del lugar de residencia, así como la demora en la atención y la poca resolución para las enfermedades más prevalentes. Sin embargo, también se resaltó por parte de uno de los participantes que el servicio es bueno cuando se trata de enfermedades de alto costo.

La percepción que se tiene de los servicios de salud para la localidad es buena en cuatro personas, regular en cuatro personas y mala en dos personas resaltando que nadie expreso que fuera excelente. La percepción que se tiene de los servicios de promoción y prevención es en general regular, la mayor demanda de la población se da hacia actividades resolutivas en consulta externa y urgencias; solo dos personas comentan haber participado de jornadas donde se realizó toma de citología, charlas sobre salud sexual y salud reproductiva y prevención de enfermedades orales.

Al tiempo se comenta que el servicio es demorado en la ciudad debido a la tramitología y los múltiples requisitos que se solicitan, especialmente cuando realizan traslado de vivienda entre localidades dentro de la misma ciudad. En algunos casos deben desplazarse a otra localidad para poder recibir el servicio en salud y por eso prefieren no asistir.

Se les pregunta a los participantes si han recibido atención en salud mental que ofrece el Plan de Atención Psicosocial y en Salud Mental a Personas Víctimas del conflicto armado, PAPSIVI, En este sentido, 3 participantes se les ha ofrecido atención en salud mental y 2 aceptaron la atención de profesionales, pero al resto de la población no se les ha ofrecido la atención y las personas comentan que lo que buscan es solución resolutive a los cambios en salud física que sufren, debido a que los procesos de atención psicosocial son largos y el tiempo que tienen es limitado.

E-1 *“Me encuentro muy molesta con COOMEVA porque no me atienden con calidad, hace más de 5 meses tengo un dolor en la cara y me han mandado exámenes, pero no sirven de nada, fui con los exámenes y el médico me dijo que eran los dientes que estaban dañados, que pidiera cita con el odontólogo, me dio mucha rabia porque solo tengo 3 dientes naturales el resto son una prótesis y me sacaron una muela y fíjese que no era eso, entonces fui otra vez al médico y me dijo que sacara cita con el otorrino y la EPS me dice que no tiene contratada esa especialidad y entonces yo soy la única que me enfermo de eso y no me han dado la cita?. Es una situación muy molesta”.*

9.2.4 Vínculos Familiares

Frente a relaciones sociales y el tiempo dedicado a la familia, las respuestas de ocho participantes se orientan hacia la casi nula relación familiar, muy pocas veces realizan actividades familiares, en algunas oportunidades se revisan las tareas de los jóvenes o se sale un domingo al mes en familia. Se resalta que la poca frecuencia de estas actividades está relacionada con la falta de recursos y la distancia ya que se comparte tiempo con el

núcleo familiar o hogar, pero no con la familia extensa. Dentro del término calidad de vida se destaca por los participantes la necesidad de una convivencia y unión familiar, lo cual genera apoyo en el grupo de personas que se desplaza donde logran intercambiar información, recursos, emociones, vivencias entre otros.

E-2 *“(Que calidad de vida le puede pedir uno a este país, si se ve violencia por todo lado, no hay trabajo, ni plata, la guerra está en todo el país y eso evita que exista calidad de vida)”*.

9.2.5 Vida y muerte.

Las nociones de vida y muerte están muy ligadas al conflicto armado por ello esta categoría se hace evidente debido a que las personas comentan cómo la violencia los acerca tanto a esta experiencia. No se respetan los derechos y se vulnera la vida provocando desplazamientos masivos, de acuerdo con la declaración universal de los derechos humanos todos los seres humanos tienen derecho a la vida, la libertad y la seguridad de las personas, pero esto no se respeta y en los casos que se menciona en las entrevistas ni el Estado colaboró en la seguridad de las personas víctimas de estos delitos, lo cual genera en los familiares, impotencia, odio, rencor y otros sentimientos difíciles de superar.

E-7 *“Me tocó ir al lugar donde mataron a mi compañero sentimental y trasladar el cuerpo con recursos míos y sin ayuda de las entidades locales, ni de la policía al pueblo más cercano para darle cristiana sepultura”*.

Los entrevistados refieren que antes del hecho victimizante las acciones delictivas eran escasas, pero luego de que llegaron los grupos armados o en su defecto de que iniciaran los enfrentamientos entre grupos, la situación se torna complicada y es cuando deben huir para salvar sus vidas. A los lugares donde llegan no se vive la violencia de la guerra, pero si existe una marcada presencia de bandas criminales y delincuencia común, lo cual afecta su calidad de vida, pero al tiempo grupos delictivos que tratan de vincular a los jóvenes al expendio de drogas o los hurtos, aprovechándose de la necesidad que presentan.

E-5 *“la violencia en los colegios a los niños, niñas y adolescentes es constante por edad extra escolar, llegan a cursos para los cuales su edad es más avanzada de lo*

normal en la localidad) o problemas de aprendizaje que se dan por los cambios educativos a los cuales son sometidos situación que provoca la deserción escolar y fomenta el uso del tiempo libre en otros aspectos que no son los académicos.

E-1 (Mi hijo decidió retirarse el colegio por el matoneo que le hacían porque no salía leer ni escribir bien, él se salió de estudiar y encontró malas amistades que lo invitaron a consumir drogas y se metió por el mal camino, para poder sacarlo de eso escuché en una emisora a una persona que trabaja con medicamentos homeopáticos y pedí unas góticas, pues funcionaron y él dejó las drogas y se está portando muy bien”.

Lo anterior se acompaña de una afectación en la salud mental no solo de los familiares de estas víctimas sino de una importante población que el gobierno no logra atender y que a través de algunas medidas como es el PAPSIVI queda corto para responder a las mínimas garantías que debe entregar a esta población afectada por el conflicto en mención. La situación de discriminación en Bogotá, aunado a la pérdida de sus pertenencias, la marginación, la incapacidad de establecer una vida segura y productiva y la falta de oportunidades en diferentes ámbitos logra generar los problemas de salud mental descritos anteriormente (44).

La religión se convierte en un apoyo para estas personas, quienes se aferran a este tema y en algunos casos particulares, reciben el apoyo de iglesias. Se observa cómo las personas se aferran a la religión para sobrepasar los momentos que viven en este lapso de sus vidas, donde manifiestan que son pruebas que pone Dios en su camino, que lo importante es superarlas y al tiempo existe una resiliencia que ayuda a sobrellevar la situación que se vive.

E-10 “La fe en dios es lo que los ha ayudado a sobrellevar la situación vivida”,

por ello existe un apego a la religión a pesar de no ir constantemente a las iglesias. Este aspecto presenta una consolidación que crece con el desplazamiento y que ayuda a las personas a mantener una seguridad en el futuro, porque orienta, ayuda y brinda un sentido a la existencia según los participantes.

E-6 *“Yo le doy gracias a Dios porque a pesar de todo lo vivido, aprendí a defenderme en la ciudad, aunque no es fácil, pero con la ayuda de él, podré salir adelante”.*

9.2.6 Expectativa futuro.

Frente a las expectativas a futuro los participantes ven nuevas posibilidades académicas y laborales para los suyos en la ciudad, por ello la mayoría de los entrevistados comentan que no ven como expectativa volver al lugar del cual fueron desplazados, se ve como una necesidad suplir el tema de la vivienda propia, se tiene como expectativa los programas que tiene el gobierno en este momento como son los programas de viviendas gratis, o las facilidades con los subsidios. En un par de casos las personas anhelan volver al lugar del cual fueron desplazados, pero no lo ven viable, comentan

E-3 *“la vida ha cambiado mucho en esos sitios y los grupos armado FARC y los paramilitares se han convertido en delincuencia común y viven de la extorsión, el hurto, el secuestro, el homicidio, entre otros”.*

9.2.7 Paz y reconciliación.

La paz y la reconciliación en ocho participantes es una utopía que no se lograra alcanzar en Colombia, debido en gran medida a dos factores importantes, el primero es que las personas que se encuentran en el marco del conflicto armado, se han convertido en delincuencia común que viven de hacerle daño a los demás y por consiguiente no dejan de delinquir y segundo que la violencia que ha sufrido Colombia por más de 50 años ha permeado aspectos negativos a la sociedad, comenta una persona entrevistada “en muchas familias se presenta intolerancia, irrespeto, violencia intrafamiliar, delincuencia, entre otros que no permiten unos jóvenes que promuevan la paz, sino por el contrario el vandalismo y la delincuencia”. También comentan 6 entrevistados que no pueden perdonar a las personas por los crímenes cometidos contra ellos en el marco del conflicto armado porque es difícil olvidar y empezar de nuevo o el perdón que piden las personas desmovilizadas lo hacen por

aparentar ante la sociedad o por solicitud del estado, pero no lo hacen porque sienten arrepentimiento por lo ocurrido.

E-6 “Yo veo grave el proceso de paz porque esa gente lo único que quiere es poder, yo que he estado en el campo esa gente dice que no se rinde, ellos solo quieren es poder”.

10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presenta la discusión para ello se utiliza como guía el marco de capas de influencia Dahlgren y Whitehead de los determinantes sociales de la salud (45) y de la noción de calidad de vida de Amartya Sen (32). Es de resaltar, que el desplazamiento es resultado de un proceso político que vive el país por más de 50 años, el cual a su vez, como se presentó en los antecedentes, se origina a partir de procesos económicos y políticos caracterizados por la exclusión social, y la negación de las élites a la participación política de los colombianos.

Asimismo, se debe indicar que esta investigación se limitó al análisis de las capas intermedias de influencia, las cuales reflejan resultados en términos de condiciones de vida y trabajo de la población víctima de conflicto armado ubicada en la localidad de Tunjuelito, al análisis de las redes sociales y comunitarias, y a las posibles consecuencias en el ciclo de vida de las personas.

10.1 Condiciones de vida y trabajo

La localidad de Tunjuelito, permite a las personas víctimas del conflicto armado ubicarse en lugares cercanos al río Tunjuelo en los cuales se desarrollan actividades industriales como son empresas de curtiembres en el barrio San Benito y Zapaterías en el barrio Isla del Sol que son los dos lugares donde más se presenta concentración de población víctima del conflicto armado en la localidad debido a un factor importante, fácil acceso a ubicación laboral, al tiempo se permite amplia movilidad ya que colindan con las localidades de Usme, Kennedy, Bosa, Ciudad Bolívar. Como ya se mencionó son lugares

donde se paga bajos cánones de arriendo por sus riesgos de inundación. Son los lugares en donde se presenta más hacinamiento, pero también donde la población es más flotante que en otros lugares de la localidad, ya que la gran mayoría de personas llevan entre 1 a 5 meses residiendo en este lugar y son persona que en promedio llevan entre 2 a 5 años del hecho victimizante.

La población tiene grandes necesidades, en especial por la pérdida de bienes y las dificultades para la generación de ingresos, lo cual es un factor determinante que limita la satisfacción de necesidades básicas, incidiendo directamente en el acceso a los servicios de salud y a mantener una apropiada calidad de vida. Los resultados son evidentes en personas que han pasado por una violación sistemática de sus derechos humanos, falta de garantías para una adecuada vivienda, un acceso al trabajo digno, un deterioro paulatino de la salud y un Estado que no cuenta con los recursos necesarios para lograr una reparación integral. Se evidencia un mayor porcentaje de afectaciones en la salud como por ejemplo poca asistencia a los servicios de promoción y prevención, al tiempo una alta carga de enfermedad (3).

Las familias víctimas del conflicto armado que llegan a la ciudad de Bogotá presentando peores condiciones sociales, materiales y emocionales que las familias receptoras debido al hacinamiento, la falta de recursos, el desconocimiento del territorio, el pobre acceso a alimentos de calidad, la carga emocional del conflicto armado, duelos no resultó, entre otros procesos que conlleva a una desestabilidad que no facilitan la adaptación al medio, ejemplo de ello es la ubicación cercana a zonas de inundación en las cuales una gran proporción de familias llegan a habitar, pero también la convivencia con animales y la residencia en lugares donde funcionan empresas como curtiembres, zapaterías, parqueaderos, tiendas, talleres de costura entre otros. Esto conlleva a situaciones de vulnerabilidad como desequilibrio familiar, pérdida de lo proyecto de vida y limita el desarrollo de sus integrantes, como se menciona en investigaciones realizadas al respecto (3).

En lo laboral se puede observar una tasa de desempleo superior al promedio nacional, cercano al 30% en hombres y 58% en mujeres, frente a la tasa nacional que no supera el 11% y en la localidad es del 10,8% para el año 2012 (26). Con un agravante y es que el 68,7% de los hombres presenta trabajo informal no calificado y en las mujeres esta tasa es del 40,7%, una tasa de desempleo que se concentra en la edad productiva de 19 a 26 años con una tasa de 80,3% en personas víctimas. Esta población es relegada a trabajos no calificados y empleo informal o no se pueden vincular al mercado laboral debido a su falta de preparación frente a las labores que se desempeñan en la ciudad, a pesar de recibir alguna capacitación por entidades como el Sena o el Instituto Para la Economía Social se les brinda la oportunidad de un trabajo con todas las prestaciones de ley pero comentan que el mismo no dura más de 6 meses, en algunos casos llega hasta el año, y luego de ello son reemplazados con otros grupos que preparan desde estas entidades y deben volver en la mayoría de los casos a los trabajos informales, en algunos casos particulares se logra la vinculación a otras empresas o entidades del distrito y se obtiene un trabajo digno, pero no es la generalidad.

Una situación que causa mayor vulnerabilidad es que los recursos son generados en una gran proporción por un único integrante del hogar y el mismo como es de un trabajo informal, es menos de un salario mínimo legal, lo cual genera inequidad y puede llevar al riesgo de trabajo infantil como se menciona en otras investigaciones al respecto (21).

En educación como es mencionado en investigaciones anteriores (16), la población víctima del conflicto armado en promedio presenta un analfabetismo 3 veces superior a la media nacional, generando inequidad y falta de oportunidades para estas personas y sus condiciones de vida. Se evidencia que las condiciones para acceder a una educación adecuada para los jóvenes o adultos es muy poca, aunado a la falta de información que se conoce por parte de la población, a pesar de que es claro en la ley de víctimas que el estado debe ser garante de derechos vulnerados como vivienda, trabajo, estudio, salud, entre otros, establece que lo realizará paulatinamente.

10.2 Servicios de salud

Frente a la atención en salud, existe una brecha entre lo planteado en la norma vigente, ley 387/97, Sentencia T025/04, Decreto 32/2011, ley de víctimas 1448 de 2011, y la atención que se ofrece, debido a las particularidades que presentan en las enfermedades las personas víctimas del conflicto armado y que ha sido poco desarrollo, como se comenta en las entrevistas y la bibliografía revisada (12). Al tiempo se debe tener en cuenta para el análisis de salud y enfermedad, la ocupación que desempeñan las personas desplazadas debido a que estas varían de acuerdo al lugar de residencia urbano/rural en el transcurso de sus vidas. El PAPSIVI ha abordado la atención particular, pero se reduce a la atención psicosocial y a una pequeña proporción de población, es de resaltar que se encuentra inmerso en las barreras de salud que presenta la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios para todos los colombianos como son barreras en citas, autorizaciones, trámites y dispersión de los servicios (26).

En el acceso a los servicios de salud se observa en la información cuantitativa que dos terceras partes de la población se encuentran como vinculados o no afiliados al sistema, con el fin de evitar las barreras administrativas pero a pesar de ello presentan diversas problemáticas, entre ellos se pueden mencionar la multi-afiliación ya que se registran como afiliados a varias EAPB, y al tiempo existen barreras en el acceso real al servicio, el principal factor identificado a través de este estudio para el no acceso es la falta de recursos económicos, considerando de esta forma una vulneración del derecho a la salud como se menciona en el análisis realizado bajo el enfoque cuantitativo. Situación difícil de solucionar debido en gran medida al modelo actual de salud que impera en Colombia y que coloca en las EAPB la responsabilidad de una atención integral. Es por ello que las políticas deben conducir a un avance importante en la resolución de estos problemas a pesar de que se establece en la ley 1448 de 2011.

Es preocupante que se presenten problemas de desnutrición en la población debido a que es un reflejo de las desigualdades relacionadas con falta de recursos económicos que puedan cubrir la necesidad básica de alimentación. Al tiempo es un factor que muestra cómo la población menos favorecida no cuenta con el acceso oportuno a alimentos de

calidad y genera detrimento de la salud, en la investigación se presentan 17 casos de desnutrición en personas de etapa de infancia, juventud y adultez.

Relacionado con la salud sexual y reproductiva las estadísticas identificadas en este estudio muestran que la mayor proporción de embarazos se presentan en la etapa de ciclo vital adultez y la edad media es de 33 años, con una edad mínima de 22 años y una edad máxima de 48 años, lo cual es contrario a lo encontrado en el diagnóstico local del Hospital Tunjuelito para el año 2014 donde se dieron 2783 nacimientos, en mujeres residentes en la Localidad, para una tasa bruta de natalidad de 13,9 nacimientos por 1000 habitantes en mujeres en edad fértil entre los 20 y 27 con una edad media de 24 años, la mayor proporción de embarazos se da en jóvenes, situación que se puede analizar observando que no existe una identificación de la población víctima del conflicto en la atención que se brinda o puede existir dificultades en las bases de datos que no permiten recolectar esta información de forma confiable. Se requiere un análisis profundo desde el sector salud. También se resalta cómo a pesar de presentarse embarazos en adolescentes, existe una poca asistencia a los servicios de salud en especial a controles prenatales.

Las personas mayores y que a su vez han sido víctimas del conflicto armado son un grupo poblacional especialmente susceptible, dada estas dos características que las convierten en una población mayormente vulnerable. A esto se suma que según lo identificado en los registros de las bases de datos son la población con la mayor prevalencia de enfermedad, información consecuente, dada el proceso natural de envejecimiento y la carga de morbilidad. Sin embargo, estas enfermedades en las personas mayores deben ser analizadas con mayor detenimiento ya que tiene unas características especiales que han de ser tenidas en cuenta a la hora de su atención sanitaria, ya que en su mayoría se trata de enfermedades crónicas que, de no ser atendidas y manejadas de forma adecuada desde los primeros niveles de atención, pueden llegar a convertirse en enfermedades de alto costo y con un alto potencial de discapacidad.

En síntesis, la afectación en salud de la población víctima del conflicto armado en la esfera biológica, se relaciona con la presencia de enfermedades de riesgo sanitario, siendo

la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria las más prevalentes, además de la desnutrición, la cual predispone a la aparición de otro tipo de enfermedades dado el estado de inmunosupresión que provoca en el individuo. Así mismo, En salud mental estrés pos traumático, duelos no resueltos y depresiones debidas a la inestabilidad económica, social y de identidad. Se resalta que la salud se ve afectada de manera trazadora por otros factores como la no asistencia a los servicios de salud, secundada a barreras de tipo económicas, administrativas o físicas.

10.3 Redes sociales y comunitarias.

Las familias cambian constantemente de residencia debido en gran medida a la falta de recursos económicos, a pesar de que la gran mayoría de personas llevan entre uno y seis años de desplazamiento sólo han permanecido en la localidad cerca del 26% del total de las personas que atiende salud pública del hospital de Tunjuelito. De igual forma se relata en las entrevistas que en algunos casos debido al factor económico deben cambiar de residencia seguido por los altos costos de los arriendos, el hacinamiento al que se ven sometidos y los pocos recursos que se logran obtener. Es importante resaltar que muchas de las personas víctimas del conflicto armado ya contaban con una vivienda (en muchos casos sin título de propiedad) y la perdieron por culpa del conflicto, por ello se hace fundamental la garantía al derecho de tener una vivienda digna. Es un derecho fundamental que reclaman las personas víctimas ya que a pesar de los proyecto de viviendas del gobierno colombiano es poco frente a lo que se debe hacer.

Respecto a la etapa de ciclo vital en la cual se ubican las personas víctimas del conflicto armado residentes en la localidad de Tunjuelito no dista mucho del promedio nacional reportado en la Encuesta nacional de demografía y salud 2010 (46) y del promedio local reportado en Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas 2009 (46), la mayor proporción se ubica en la etapa de adultez y juventud, debido a que muchas de las personas que huyen del conflicto armado se encuentran en etapa de ciclo vital infancia y juventud, en su gran mayoría las personas llevan en promedio entre uno a seis años después del hecho

victimizante, por lo cual se encuentran en la etapa de adultez (47). Se observa cómo la dinámica de la guerra genera que en las etapas de ciclo vital infancia y en juventud se encuentren más hombres que mujeres, pero en las siguientes etapas el predominio se denota en las mujeres, debido a que los hombres después de los 15 años son vinculados a los grupos armados, asesinados o se separan de sus parejas, generando cambios demográficos importantes. Frente al predominio de la jefatura del hogar se evidencia que es llevado por las mujeres quienes en una gran proporción son las proveedoras del hogar, similar a lo identificado en otros estudios (22).

11. CONCLUSIONES

Calidad de vida: Es entendida por Sen (32) como una visión de vida que poseen las personas en cuanto a la combinación de dos aspectos, el primero la satisfacción de necesidades a partir de la posesión de recursos disponibles con los cuales se posea bienes o mercancías y la segunda las capacidades que se dan en una sociedad para alcanzar esa posesión de bienes, ejemplo la capacidad que posea una sociedad para garantizar a sus conciudadanos la asistencia a la educación superior, en este sentido para las personas víctimas del conflicto armado la vida digna y de calidad se logra cuando una persona ha construido un proceso durante años y este ha permitido dar frutos como lo es prepararse en un tema específico que a largo plazo le permita a una persona ser experto en un arte o profesión, en la localidad en población víctima se encuentra altos índices de desempleo o empleo informal como es ventas ambulantes, servicio doméstico, trabajo en curtiembres o construcción sin garantías laborales.

En el caso de la población víctima del conflicto armado las personas se preparan durante años en la mayoría de los casos en actividades que tienen que ver con sus contextos, como es el agro o campo, pero al llegar a la ciudad desplazados y con su proyecto de vida desarraigado no pueden dedicarse a esos temas, es por ello que se presenta tan alto índice desempleo en población víctima en edad productiva de 19 a 26 años con una tasa de 80,3%, de debe brindar nuevas formas de vinculación laboral y formación para

lograr un adecuado proyecto de vida, las nuevas experiencias permiten la construcción de nuevas metas a nivel personal y familiar lo cual puede permitir al estado garantizar una adecuada atención integral.

Asimismo Sen (32) aborda el tema de capacidad de funcionar, este concepto tiene que ver con las capacidades que posibilita el contexto a una persona de mantener un bienestar, un ejemplo de ello es la posibilidad que brinda el contexto a una persona con una discapacidad visual o limitación de movilidad, aplicado a la situación que se aborda con población víctima del conflicto armado en la localidad de Tunjuelito se debe materializar la respuesta del estado a través de diferentes acciones como son realizar un censo con las personas víctima del conflicto armado que laboran en las empresas cercanas al río Tunjuelo, con el fin de recolectar información asertiva frente a la situación de las personas y acercar la oferta del estado, situación que no se ha realizado según la bibliografía revisada (28).

De igual forma se requiere contar con una base de datos cualificada con información oportuna y veraz sobre la población en mención debido a que se puede canalizar la oferta local, distrital y nacional y que las personas en ese territorio se logren beneficiar, generar propuestas de fortalecimiento empresarial y oportunidades de puesto de empleo con presupuesto local. Construcción de programas sociales en salud que permitan acceder de forma integral y oportuna a programas de promoción y prevención, atención a gestantes, o acceso oportuno a educación diferente, ya que por la extraedad y lo manifestado en la investigación, las personas en edad escolar en algunos casos deciden abandonar el colegio por los problemas sociales y económicos que esto les presenta, en las investigaciones realizadas a noviembre de 2015 no existen estos programas (28).

Es imponte para esta investigación resaltar el enfoque de capacidades y de libertad abordado en las teorías de Sen (32), no es lo mismo que una persona decida por libertad propia o por su contexto no comer por varios días debido a los modelos sociales a una persona que no cuenta con los recursos para comprar sus alimentos, por ello se hace importante evaluar la capacidad del Estado (Estado entendido como la integración del

Gobierno con la ciudadanía), para responder a esta problemática de desplazamiento interno en Colombia y como ofrece una solución adecuada para sus víctimas, pero brindando oportunidades efectivas y no solo la mejoría en algún aspecto, ejemplo de ello es el programa de cien mil viviendas gratis donde se le brinda a una persona una vivienda, pero no se brinda las condiciones contextuales para mantener la misma o mejorar la calidad en la alimentación o educación o mejorar las condiciones laborales.

La salud es definida en su tradicional concepción como estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no solo la ausencia de enfermedad (33), para la población víctima del conflicto armado existe un inconformismo que se presenta con la atención que se brinda por parte de las entidades territoriales responsables del tema, debido a que la percepción sentida del tema es servicios con poca accesibilidad, deficiente calidad, mala organización como se describe en varios textos (21) la afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) no es garantía del acceso real y oportuno a los servicios de salud ni para la población en general y mucho menos para las personas víctimas, las recomendaciones son menos trámites y mayor organización en los servicios.

En este sentido, las instituciones de salud no tienen una oferta clara en servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el enfoque diferencial que requiere esta población particularmente como lo menciona Astaiza (15), existen los servicios común donde no se indaga sobre la situación de víctima a la cual fue sometida estas personas en la mayoría de los casos, pero al tiempo no existe una oferta particular con las necesidades antes identificadas, así mismo la atención relacionada con salud mental es casi inexistente. El Estado no está preparado para abordar la cantidad de personas que fueron y continúan siendo víctima del conflicto armado en Colombia, lo anterior cobra relevancia debido a la gran brecha existente entre las políticas y su implementación real, teniendo en cuenta que la ley de víctimas 1448 de 2011 (10) es clara en estos temas, pero no se garantiza la estructura ni los recursos necesaria para cumplir con los objetivos propuestos en dicha ley.

La atención en salud para las personas víctimas del conflicto armado no se hace a través de un modelo integral que vincule su situación particular con las necesidades por las cuales consultan (15), no se tiene en cuenta el factor enfermedad como consecuencia de la vulneración de derechos a la cual fueron sometidos como es comentado en las entrevistas. El distrito capital en años anteriores trató de integrar la atención a esta población de una forma particular, pero no se ha logrado, no existe un enfoque diferencial, no existen medicinas alternativas como las propuestas por grupos étnicos y no se ha avanzado en temas de garantías de derechos (13). También es de resaltar que en algunos entrevistados se denota que aún cuentan con ansiedad, depresión y en algunos casos enfermedades de salud mental causadas por el hecho victimizante que deja secuelas difíciles de superar, o que en la atención brindada por el sector salud no fue resuelto o abordado de una forma asertiva.

Como ya se ha mencionado por parte de los entes de control existe un estado de cosas inconstitucionales frente a la atención de la población, a pesar de generar avances como son las políticas públicas para el tema de vivienda con el proyecto de “las cien mil viviendas gratis” de las cuales muchas personas víctimas del conflicto armado se beneficiaron, cursos técnicos y tecnólogos en el Sena, indemnizaciones canceladas por los hechos victimizantes, aún el estado está en deuda con la población víctima del conflicto armado y falta materializar lo expresado en la ley 1448 de 2011 (10), ya que se proponen acciones que aún no llegan a la población más vulnerable. Las políticas públicas deben permitir acercarse a ese objetivo de la garantía de derechos, pero falta reconocimiento por parte de mandatarios y exigüidad de derechos por las personas, en una efectiva y bien lograda participación social, el caso en Bogotá con el decreto 032 de 2011 (7) bajo el cual se crean los comités locales de atención a víctima en promedio inician su funcionamiento dos o tres años después de lo propuesto.

Frente a la visión a futuro, la teoría del bienestar de Sen (32) incluye la capacidad de lo que un sujeto puede obtener, las maneras de vivir como son disponibilidad de servicios, acceso a salud, educación, vivienda digna, satisfacción de necesidades básicas, en la población víctima del conflicto armado participante de esta investigación toma significado

como un término de múltiples dualidades debido particularmente a las situaciones que han tenido que superar, pero al tiempo la fortaleza que presentan para superarse y lograr sobreponerse a los horrores de la guerra, trae consigo recuerdos de muerte, pero a su vez la esperanza de un nuevo comienzo. En este sentido la población víctima es un grupo poblacional que requiere atención diferencial por parte del gobierno con procesos que favorezcan la adaptación a las condiciones de la ciudad en forma definitiva para las familias que ya tomaron la decisión de vivir en la misma, al tiempo, construcción de espacios de encuentro que permita el compartir escenarios de reparación colectiva y exploración de problemáticas comunes.

Los mecanismos de difusión de la presente investigación serán los presentados en congresos como el 10 congreso de salud pública en Medellín a realizarse los días 18, 19 y 20 de octubre de 2017, el XV encuentro de salud del Instituto Nacional de Salud a realizarse los días 20, 21 y 22 de noviembre de 2017 y los espacios que se permitan con la población víctima del conflicto armado además de la presentación a diferentes revistas indexadas para su publicación.

12. RECOMENDACIONES

La presente investigación es un aporte a la problemática de la atención de las víctimas del conflicto armado, sin embargo, por su metodología descriptiva y no hermenéutica se presentan algunas limitaciones en la forma de recolección de información, al no tomar los aportes de los entes de atención en salud con los que cuenta la localidad no se permite una visión más amplia del fenómeno en la localidad. A pesar de la limitación de tiempo con que se obtuvo la información (ya que algunas personas atendían la entrevistas en tiempos muy limitados como es en medio de servir el almuerzo o alistar a los niños para el colegio o mientras se alistan las personas para salir a trabajar o en el mismo trabajo) se agradece a las personas que participaron de la investigación quienes lo realizaron de forma voluntaria y con la mayor disposición.

En el breve recorrido por este trabajo quizás se han abierto más dudas de las que se trataron de resolver, por este breve recorrido podemos quedarnos con dos ideas fundamentales, la primera que existe una relación directa entre nuestras vivencias y las enfermedades que podemos padecer y en el caso de las personas víctimas del conflicto armado este aspecto debe ser abordado de forma ética e integral, ética en la medida de ser honestos con una atención que garantice todos los servicios y en los tiempos que los requieran las personas más allá de justificar la afiliación a un sistema de seguridad que no les garantiza un real y material acceso y la segunda una atención integral, desde los programas de prevención hasta los programas de enfermedades de alto costo o crónicas y sin las restricciones económicas que se da para esta población.

Es importante resaltar que debe existir una capacitación diferencial en la formación de profesionales que aborden este tema, debido a que es un tema que impacta a un grupo poblacional importante en Colombia que es cerca del 20% del total de la población y por ello se hace importante las diferentes experiencias vividas en otros países y las abordadas por los docentes que conocen del tema en el país, pero también por sus víctimas a quienes se les debe dar la oportunidad de brindar las recomendaciones necesarias en los pensum de formación profesional y pos gradual.

Se debe profundizar en los aspectos relacionados con la salud mental de las personas víctimas del conflicto armado, a pesar de existir una amplia gama de investigaciones en el tema, siempre se debe seguir abordándolo y dándolo a conocer.

El riesgo del trabajo infantil es alto en población víctima del conflicto armado, es por ello que se deben establecer programas en este sentido por parte de las entidades responsables como ICBF que minimicen el riesgo o atiendan a la población que ya esté en este trabajo.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu JL, Batmanghlich C. Migración y Desarrollo (Migration and Development). Daena: International Journal of Good Conscience. 2013;8(2):173-90.
2. Amat Y. Víctimas del conflicto en el país son más de 6,8 millones. Periódico El Tiempo. 27 de diciembre de 2014.
3. Bello AH, Bonilla MLG. Vulnerabilidad y exclusión: Condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá-Colombia. 2005.
4. Velásquez C. Jorge, Rojas E. Jorge. Un país que huye: desplazamiento y violencia en una nación fragmentada.: CODHES; 2003.
5. Aguilera Torrado A. Análisis de la ley 387 de 1997: su impacto psicosocial en la población desplazada. Reflexión Política. 2001;3(5).
6. López Sierra PJ. Políticas para la prevención del desplazamiento forzado interno en Colombia 2004–2013. Aporte de la Corte Constitucional 2014.
7. Régimen Legal de Bogotá D.C. Decreto 32 de 2011 (Enero 26). Consultado 10 de noviembre 2015.
8. Ochoa WM. Colombia y las migraciones internacionales. Evolución reciente y panorama actual a partir de las cifras. Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana. 2012;20.
9. Ripol L. Julieta. "Sueño de vida digna": la liga de las mujeres desplazadas: Ediciones Uniandes, Facultad de Derecho, Programa de Justicia Global y Derechos Humanos; 2013.
10. Hospital Tunjuelito E.S.E. Diagnostico Local con participación social 2014, Localidad Sexta de Tunjuelito. Bogotá. 2014.
11. Organización Mundial de la Salud, editor Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud; 2006; Nueva York.
10. República de Colombia. Ley 1448 de 2011, Ley de Víctimas y Restitución de Tierras. Senado de la república de Colombia, Bogotá D.C, 2011.
11. Naranjo Gómez CB. El proceso sociopolítico de la política pública para la atención a la población desplazada en Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2006.

12. Informe del Centro Nacional de Memoria Histórica. Una nación desplazada. Informe nacional del desplazamiento forzado en Colombia. 2015.
13. Arias S, Gaviria M. Comparación de la situación de salud entre población en situación de desplazamiento y receptora, en seis ciudades 2002-2003. Serie Salud y Desplazamiento en Colombia, Modulo 1. 2005.
14. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá ciudad de estadísticas. Densidades urbanas: El caso de Bogotá Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Planeación Bogotá, Colombia: Imprenta Distrital. 2010.
15. Astaiza Arias GM. Dinámicas sociales, calidad de vida y salud en desplazados por la violencia del 2007 al 2010 en Neiva, Huila: Universidad Nacional de Colombia.
16. Bello AH, Romero RV. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia de intervención en atención primaria en salud y promoción de la salud para la población desplazada. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2003;2(5):78-106.
17. Center IDM, Council NR. Global Estimates 2013: People displaced by disasters. Geneva: IDMC Retrieved online from <http://www.internal-displacement.org/assets/publications/2014/201409--global-estimates2.pdf>. 2014.
18. Oquist PH. Violencia, conflicto y política en Colombia: Instituto de Estudios Colombianos; 1978.
19. Restrepo J, Aponte D, Aponte AC. Guerra y violencias en Colombia: herramientas e interpretaciones: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, EPUJ; 2009.
20. Guzmán G, Fals O, Umaña E. La Violencia en Colombia, tomo I. Bogotá: Santillana Editores. 2005.
21. Mogollón Pérez AS, Vázquez Navarrete M, García Gil M. Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. Revista Española de Salud Pública. 2003;77(2):257-66.
22. Cáceres DC, Izquierdo VF, Mantilla L, Jara J, Velandia M. Perfil epidemiológico de la población desplazada por el conflicto armado interno del país en un barrio de Cartagena, Colombia, 2000. Biomédica. 2002;22.
23. Moreno, Monsalve, et al. (2009). Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 27(2), 131-141.

24. Corte Constitucional de Colombia. Auto 008/09, Desplazamiento Forzado Persistencia del estado de cosas inconstitucional declarado en sentencia T-025/04. Consultado 10 de noviembre 2015
25. Secretaria Distrital de Salud Bogotá. Modelo de Atención Primaria en Salud con Enfoque Psicosocial para las Víctimas del Conflicto Armado Interno. Bogotá: Colombia, 2013.
26. Britto D. El desplazamiento forzado tiene rostro de mujer. Manzana de la Discordia. 2010.
27. Secretaria Distrital de Gobierno Bogotá. Plan de acción distrital de prevención, asistencia reparación integral a las víctimas del conflicto armado 2013 - 2016, Bogotá Colombia. 2013.
28. Hospital Tunjuelito E.S.E. Diagnostico Local con participación social 2014, Localidad Sexta de Tunjuelito. Bogotá. 2014.
29. Morales Mc, Mellizo W. Calidad de vida, enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto. Editorial Universidad Nacional de Colombia Bogotá DC. 2004.
30. Nussbaum M, Sen A. compiladores. La calidad de vida. México: Fondo de cultura económica; 1998.
31. Nussbaum MCyASK. La calidad de vida. México: Fondo De Cultura Económica, México; 2004.
32. Sen A. Capacidad y bienestar. La calidad de vida. 1996:54-83.
33. Organization WH. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos 2006.
34. Martínez FL. Desigualdad Social y Equidad en Salud. 2010:103 - 24.
35. Pérez GJG, López MGV, Pivaral CEC, Cuerpo Académico U. Desigualdad social y equidad en salud: perspectivas internacionales: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2010.
36. Moiso A. Determinantes de la salud. Barragán H Fundamentos de Salud Pública. 2007:161-86.
37. Castaño LSÁ, Stella L. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Revista Gerencia. 2009:69-79.

38. Vega, J., O. Solar, and A. Irwin. "Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción." *Determinantes sociales de la salud en Chile: en la perspectiva de la equidad* (2005): 89.
39. González CRV. *Creencias en calidad de vida: usuarios de un programa de promoción de la salud cardiovascular*: Univ. Nacional de Colombia; 2008.
40. Ruiz, Óscar Rodríguez. "La triangulación como estrategia de investigación en ciencias sociales." *Revista Madrid* 31.2 (2005).
41. Acción Social. "Informe Nacional de Desplazamiento Forzado en Colombia, 1985 a 2012.": Unidad Para la Atención y Reparación Integral a Las Víctimas. Jun (2013): 201985-2012.
42. Benavides MO, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2005;34(1):118-24.
43. Valencia MMA. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y educación en enfermería*. 2013;18(1).
44. Ruiz LF. Salud mental en tiempos de guerra: una reflexión sobre la relación salud mental-conflicto armado en pueblos indígenas en situación de desplazamiento en Bogotá. *Facultad Nacional de Salud Pública*. 2016;30.
45. Whitehead, M. (1991). Los conceptos y principios de la equidad en salud. En: Spinelli, H., Urquía, M., Bargalló, M. & Alazraqui, M. 2002 *Equidad en Salud: teoría y Praxis* Buenos Aires, Argentina. Universidad de Lanús.
46. Ojeda G, Ochoa LH, Ordoñez M. *Encuesta nacional de demografía y salud 2010: Profamilia*; 2011.
47. González Viveros C. Transformación y resiliencia en familias desplazadas por la violencia hacia Bogotá*. *Revista de estudios sociales*. 2004(18):123-30.

14. ANEXOS

Anexo 1, Formato Entrevistas

Situación de salud de las personas víctimas del conflicto armado residentes en la localidad de Tunjuelito, Bogotá 2013-2014.

PREGUNTAS ORIENTADORAS.

Objetivos

- ✓ Identificar las condiciones de salud y enfermedad, así como la morbilidad sentida en la población víctima del conflicto armado residente en la localidad de Tunjuelito.
- ✓ Analizar la situación de salud de la población víctima del conflicto armado residente en la localidad de Tunjuelito con el enfoque de determinantes sociales de la salud.
- ✓ Formular recomendaciones frente a las acciones en salud pública enfocadas a población víctima del conflicto armado que permitan generar respuestas que aborden de manera efectiva la problemática en salud de esta población en la ciudad de Bogotá.

PREGUNTAS

- Que considera usted que es calidad de vida y salud.
- Su calidad de vida y salud a mejora después del desplazamiento o ha empeorado.
- De qué es lo que más frecuentemente se enferma usted o sus familiares, si se enferman y cuales considera que pueden ser las causas.
- Cuando se enferma que hace, a donde acude.
- Conoce algún funcionario en salud, cuál es su función y el trato es cordial.
- Cuando asiste a algún centro de salud recibido un trato amable y agradable o todo lo contrario.
- Por quien está compuesto su núcleo familiar.
- Ha recibido atención psicosocial luego del desplazamiento, considera importante recibir este tipo de ayuda.

- Tiene problemas en este momento sociales, emocionales familiares y que hace, a quien acude.
- Le gustaría volver al lugar del cual partió o no.
- Considera que el proceso de paz puede mejorar la situación de violencia que vive Colombia.
- Que proyecciones tiene a futuro.

Anexo 2, Análisis de Información

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN CUALITATIVA: ENTREVISTAS.

El análisis de la información cualitativa se realiza bajo el enfoque del modelo de investigación descriptivo. En este apartado la recolección de la información se llevó a cabo a través de entrevistas, las que pueden pasar por varias etapas de acuerdo a la necesidad del investigador, desde ser muy estructuradas como una guía estilo formulario hasta pasar a ser muy informal con preguntas orientadoras, las más utilizadas son las entrevistas con preguntas abiertas. Este último fue el modelo de entrevista utilizado debido a que permite cambiar el orden de los temas y modificar las preguntas según lo vea necesario el investigador, al tiempo que pueden surgir nuevas preguntas según se desarrolle la entrevista.

Tabla 1

CODIFICACIÓN ENTREVISTA (E=ENTREVISTA)	SEXO	EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD	COMPOSICIÓN FAMILIAR
E-1	Mujer	56	Primaria	E-1 + 3 hijos y 2 hijas.
E-2	Mujer	45	Primaria	E-2 + 1 Hijo
E-3	Mujer	52	Segundo de Primaria	E-3 + Pareja y 2 hijos.
E-4	Mujer	40	Noveno de Secundaria	E-4 + 1 hijo.
E-5	Mujer	46	Bachiller incompleto	E-5 + 2 hijas y 1 hijo.
E-6	Mujer	32	Bachiller	E-6 + 2 hijos.
E-7	Mujer	58	Primaria	E-7 + 2 hijos
E-8	Mujer	62	Segundo de Primaria	E-8 + 1 hijo.
E-9	Mujer	32	Estudiando once grado de secundaria	E-9 + 2 hijas
E-10	Hombre	64	Primaria	E-10 + 1 hijo y 2 nietas.

A partir de la información recolectada en las entrevistas se realizó la definición de once categorías que permitieron identificar y agrupar las características comunes, estas son: salud, educación, vivienda, seguridad, trabajo, calidad de vida, factor económico, muerte y vida, religión, expectativas a futuro y proceso de paz. Se tienen en cuenta las anteriores categorías por dos factores, el primero un énfasis especial del investigador en conocer la percepción de salud y calidad de vida de los entrevistados y la segunda se genera a partir de puntos de encuentro en otros temas. Las categorías de énfasis son preestablecidas con el fin de investigar frente a los objetivos de este trabajo la cuales dan respuesta a lo planteado, entre ellos se cuentan salud, educación, vivienda, seguridad, trabajo, calidad de vida, las demás categorías, factor económico, muerte y vida, religión, expectativas a futuro y proceso de paz son emergentes, nacen en el dialogo con las personas y se consideran relevantes frente a la pregunta de investigación.

Categorías.

Entrevista 1

Salud	Educación	Vivienda	Seguridad	Trabajo	Calidad de vida	Factor económico	Muerte y vida.	Religión	Expectativas.	Proceso de paz.	
Seguro social que atiende rápido en los municipios y la atención es rápida y oportuna y de bajo costo.	Se realiza la educación básica primaria y menos, lo importante es salir a trabajar	Vivienda con todos los servicios y las comodidades necesarias.	No se presenta problemas algunos hasta el momento de la amenaza y el desplazamiento.	Se tiene labor en el campo realizando actividades campesinas, cuidando animales y sembrando.	La calidad de vida es contar con todos los servicios básicos y tener la comida cerca	Se contaba con recursos contantes para suplir todas las necesidades	La vida transcurre en completa calma y se valora la vida, hasta el momento del desplazamiento.	Se cree mucho en dios y sus designios.	Vivir con la familia y darles lo mejor, ahorrando.	Sin Dato	A N T E S
No se asiste a centros de salud porque no se sabe a qué lugar	No se logra acceder a nada por las condiciones.	Se realiza ubicación en lugares periféricos a la ciudad	Se tiene temor por la vida de la persona y todo su	No se realizan labores debido a que no se tiene conocimiento	Lograr superar la situación.	No se cuenta con recursos necesarios para suplir las necesidades.	Se presenta tristeza por lo perdido y temor por lo que paso por el	Se cree mucho en dios y sus designios.	Superar la situación y conseguir empleo con condiciones ya	Sin Dato	D U R A N

acudir y no se cuenta con recursos.		donde se paga poco de arriendo se ubican en casas de familiares	núcleo familiar.	de la ciudad y no se cuenta con estudio.			desplazamiento.		que por días explotan a la personas y les acaban con su salud.		T E
La atención es demora en la ciudad de Bogotá y no se encuentra respuesta oportuna y a tiempo.	Se considera importante el estudio para la familia, en especial hijos, se denota la importancia de superarse académicamente	Se cuenta con recursos y se logra una vivienda adecuada con todos los servicios en arriendo.	Se presenta mucho temor por la inseguridad de la ciudad y la delincuencia civil.	Se encuentra trabajo realizando aseo o labores domésticas.	Lograr pagar todas las deudas que se tienen y poder vivir tranquila	Se cuenta con recursos básicos para suplir las necesidades, se presentan muchas deudas con entidades bancarias y otros.	Se presenta depresión constante sin atención por parte de las entidades públicas y se presenta cercanía temor de muerte.	Se cree mucho en dios y sus designios.	Lograr sacara a su familia a delante y que sus hijos puedan ser profesionales.	No se puede lograr la paz porque las personas están enseñadas a la guerra en Colombia.	D E S P U É S
Entrevista 2											
Se realiza atención oportuna y de calidad.	Más importante que estudiar era trabajar por tal motivo se estudia los primeros años de primaria.	Antes del desplazamiento se cuenta con vivienda con todas las comodidades.	En el municipio donde residía no se presenta problemas de inseguridad.	A través de las labores del campo se contaba con recursos para la casa.	La calidad de vida es poder conversar con los vecinos y compartir con ellos.	Se contaba con cultivos y animales que lograban una estabilidad económica.	Sin Dato	Se encuentra un apego a dios y la religión.	Sin Dato	Sin Dato	A N T E S
No se asiste a salud por la situación que se vive.	No se logra acceder a educación para la familia por el momento en el cual se vive.	Se paga arriendo en la localidad de Tunjuelito en casa con muchas restricciones en los servicios y hacinamiento.	Se presenta temor por la situación de inseguridad.	Se logra sobrevivir a través de pedir cosas.	Sin Dato	Se vive en una situación crítica en la cual se llega hasta mendigar lo cual genera crisis emocional.	Sin Dato	Sin Dato	Desfragmentación del núcleo familiar.	Sin Dato	D U R A N T E

La atención es mala y poco oportuna. Además de la cantidad de trámites que colocan.	Se considera que lo más importante es la educación para sus hijos y nietos.	Mediante el trabajo realizado se logra estabilizar la vivienda.	Temor porque los roben y la situación social de los colegios.	Se genera estabilización económica a través de la venta de productos alimenticios.	Calidad de vida es tener solidaridad con el otro y ayudarlo. No se puede tener calidad de vida en Colombia y la paz es un proceso individual de las personas.	Se logra estabilizar la situación económica debido a consecución de trabajo y venta de productos.	Se presenta tristeza por la situación que vivió y no ha recibido atención psicosocial.	Sin Dato	Volvería al lugar del cual partió.	Yo veo grave el proceso de paz porque esa gente lo único que quiere es poder, yo que he estado en el campo esa gente dice que no se rinde, ellos solo quieren es poder.	D E S P U É S
Entrevista 3											
Salud	Educación	Vivienda	Seguridad	Trabajo	Calidad de vida	Factor económico	Muerte y vida.	Religión	Expectativas.	Proceso de paz.	
La atención era buen y oportuna	No se veía como un factor determinante para el desarrollo.	Adecuada con todas las comodidades	Se vivía en paz y todo era muy bueno.	Se contaba con el trabajo del campo.	En la finca tenían todas las necesidades cubiertas.	Todas las necesidades estaban cubiertas.	Sin Dato	Sin Dato	Vivir en su casa.	Sin Dato	A N T E S
No se accede a los servicios de salud por la situación que se presenta.	No se prioriza.	Se llega a un lugar a cuidar una finca.	Fueron acusados de ladrones por varias personas que se aprovecharon de ellos.	Se presenta un trabajo en el cual se gana el mínimo que les alcanza para vivir.	No se tenía por el dolor por lo perdido y las necesidades que se pasaban.	Se lograban cubrir algunas necesidades gracias al trabajo realizado.	Sin Dato	Sin Dato	Lograr un lugar donde vivir	Sin Dato	D U R A N T E

La atención en salud es mala, se presenta demora y dificultades para acceder a medicamentos.	Se presentan problemas de violencia escolar debido al origen campesino por parte de sus hijas e hijos y la presión de la familia.	Se logra acceder a vivienda digna y con todos los servicios.	La convivencia con otras personas es compleja y difícil	En este momento tienen trabajo dos integrantes del hogar, pero ganan pocos recursos, les alcanza para los gastos básicos.	Calidad de vida es poder tener un trabajo adecuado, tener las cosas básicas para suplir las necesidades.	Gracias al trabajo que tienen se ha cubierto gracias al trabajo como vigilante de su pareja.	Sin Dato	Dios es la única persona que puede lograr las cosas, por ello confiando en el saldemos adelante.	Le gustaría volver al lugar de donde fue desplazada pero la situación de violencia por parte de los grupos armados que se volvieron delincuencia común es muy compleja.	No considera que exista paz en Colombia debido a que la violencia ha migrado a las ciudades y se presenta la violencia en la etapa de ciclo vital infancia.	D E S P U É S
Entrevista 4											
Atención rápida con el SISBEN.	No se preocupaba por este factor en el campo donde residía.	Contaba con su casa sin problemas.	Antes de que la violencia llegara a su casa era tranquilo después era muy violento y se los amenazaron.	Se dedicaba a labores campesinas como sembrar y hacer de comer a las personas.	La calidad de vida era muy buena porque no tenía contaminación auditiva o visual, tenía alimentos a la mano y sin tantos costos, se vivía tranquilo.	Se contaba con recursos.	Una vez llega el conflicto a su municipio se amenazaba y mataba, se encontraban muertos hasta en las calles.	Sin dato	Vivir tranquila y sin meterse con nada.	Sin dato	A N T E S
Atención por el SISBEN.	Sin dato.	Llega a la casa de una hermana desplazada que le	Sin dato	Se recibe ayuda por parte de la alta consejería para las víctimas.	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	D U R A N

		colaboro.									T E
Atención buena cuando van a consultas.	Considera que es un factor importante para el desarrollo integral de su familia.	Cuenta con un apartamento para ella y su hijo que le permite vivir bien, aunque los gastos son altos.	No tiene ningún problema con el tema en la ciudad.	Tiene un trabajo donde gana el mínimo y con eso logra solventar deudas.	La calidad de vida es estar tranquilo y en la ciudad eso no existe porque existe mucho estrés, es una dualidad porque mejoro en algunos aspectos, pero empeoro en otros.	No se logra sobrevivir con el mínimo y los gastos en la ciudad son muy alto.	No se ve la situación tan crítica.	Sin dato	Como principal expectativa esta que su hijo estudie y salga a delante, para ella estudiar en un curso de belleza y vivir tranquila y tener una parcela de tierra donde pueda vivir tranquila.	Es un proceso complejo porque lleva mucho tiempo y no se concreta.	D E S P U É S
Entrevista 5											
Atención por salud era buena sin problemas.	No se considera importante el tema	La vida en el campo es diferente, se cuenta con espacio en la casa, en la ciudad es diferente.	No se veía tanta violencia antes de que llegaran los grupos armados.	Contaba con trabajo	Se tenía la comida a la mano por los cultivos.	Se contaba con recursos	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	A N T E S
Gripa tremenda por el cambio de clima	Llego a pagar arriendo con su esposo que ya estaba en la ciudad.	Sin dato	Sin dato	No tenía trabajo solo su pareja.	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	D U R A N T E

Gripa por el cambio de clima. Atención por salud era buena sin problemas.	Es un factor fundamental para el desarrollo de sus hijos y el propio.	Cuenta con su vivienda y sus cosas personales.	Sin dato	No tiene trabajo y se encuentra buscando, la situación es compleja.	Es estar mejor económicamente.	No se cuenta con trabajo y se encuentra buscando trabajo. Por eso no se cuenta con recursos.	Sin dato	Sin dato	Poder conseguir un trabajo estable y poder ayudar a sus hijos o que el proyecto productivo que tiene pensado surgiera.	La paz es en cada hogar, El proceso con los grupos armados es muy complejo y no se lograra.	D E S P U É S
Entrevista 6											
La atención era buena, dentro de lo normal.	Solo inicio la primaria y en según la retiraron para apoyar las labores del hogar	Se contaba con la casa de los padres con todos los servicios y un buen ambiente familiar.	Sin dato	Contaba con trabajo en el campo.	Se tenía de todo en pocas cantidades, pero se vivía tranquila.	Se cuenta con lo necesario para vivir.	Sin dato	Sin dato	Lograr comprar animales y estudiar, pero no se pudo.	Sin dato	A N T E S
Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	D U R A N T E

Depende del servicio, servicios como son enfermedades de alto costo son muy malas, porque las autorizaciones son un desgaste. Gripe es lo que más se enferman. En atención en salud le toca desplazarse hasta otra localidad para recibir atención.	Considera que la vida en la ciudad ayuda a mejorar el nivel de estudio de sus hijos.	Se vive en arriendo es muy duro pero si no hay más pues ni modo.	La vida en la ciudad es muy insegura en la localidad hay muchos robos.	Trabaja por días en el servicio doméstico. Y no es suficiente para suplir gastos.	Ha mejorado la calidad de vida en la ciudad gracias al aumento de recursos y posibilidades de estudio de sus hijos. Calidad de vida es estar bien, no pensar en que no tiene recursos para el día siguiente y que sus hijos no pasen necesidades.	El costo de vida en la ciudad es muy alto y todo es más costoso.	No me mataron a nadie de mi familia pero si se veía que se llevaban a las personas y no volvían y cuando los amenazaron decidió irse antes de exponer la vida.	Sin dato	Buscar un mejor futuro para ella y su familia a través del estudio para sus hijos, no volvería al lugar de donde fue desplazada porque ya tiene su vida organizada en la ciudad.	Considera que no existe proceso de paz porque en Santander de donde es desplaza aún siguen los secuestros y la delincuencia de los grupos armados.	D E S P U É S
Entrevista 7											
La atención era oportuna y rápida.	Logro estudiar la primaria pero luego de ello se dedicó a las actividades del campo.	Vivía en el campo con su familia antes del desplazamiento.	Sin Dato	Se dedicaba a las labores campesinas.	Tenía comodidades básicas cubiertas.	Contaba con recursos económicos para suplir sus necesidades.	Sin Dato	Sin Dato	Lograr comprar su casa y tener sus animales.	Sin Dato	A N T E S
Sin Dato	Sin Dato	Llega a vivir a una casa en Bogotá con hacinamiento.	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato.	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato	Sin Dato	D U R A N T

											E
La atención después del desplazamiento la ha utilizado poco, pero ha sido en general buena.	Lucha porque su hijo logre terminar su estudio.	Consigue una casa más grande en arriendo para vivir con toda su familia.	Sin Dato	Trabajo en el cual no logra los ingresos necesarios para cumplir sus metas.	Luego del desplazamiento la situación ha empeorado porque tenía comodidades básicas y en la ciudad no tiene las mismas comodidades. Calidad de vida es tener lo necesario en vivienda, salud, trabajo.	Considera que tiene problemas económicos en este momento porque los ingresos que tiene no solventan las necesidades básicas.	Sin Dato	Sin Dato	Montar un negocio que supla todas sus necesidades y que su hijo logre estudiar una carrera profesional e inicie a laboral.	Considera que el proceso de paz va a llegar a un fin y eso espera para vivir en un país sin querrá.	D E S P U É S
Entrevista 8											
Atención rápida en el hospital del pueblo	No se preocupaba por la educación ya que no era importante en su vida.	Sin dato	Sin dato	Se dedicaba a labores del campo.	La calidad de vida era buena porque se vivía tranquila, antes de los grupos armados.	No se tenía plata en abundancia, pero se contaba con lo necesario y comida ya animales a la mano.	El conflicto armado daño la buena vida y obligo a desplazarse o podía ser víctima de los grupos armados.	Se asistía regularmente a la iglesia.	Se tenía como expectativa, trabajar y conseguir las cosas para la casa sin hacerle daño a nadie.	Sin dato	A N T E S
Atención rápida con el sisben.	Sin dato.	Llega a la casa de un conocido que se desplazó un par de años atrás.	Sin dato	Se recibe ayuda humanitaria que sirve para sobrevivir con su familia.	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	D U R A N T E

No asiste a consultas porque las citas son demoradas.	Es un factor fundamental para el desarrollo integral de sus hijos.	En este momento padece arriendo en un apartamento para ella y sus dos hijos.	No ha sido víctima de la delincuencia, aunque escucha mucho que roban en el barrio.	Tiene un trabajo en una zapatería donde gana el mínimo y con eso paga deudas.	La calidad de vida es estar tranquilo y no ha logrado esto ya que vive preocupada por el factor económico.	Los gastos en la ciudad son muy altos, se cobra hasta un vaso de agua.	En la ciudad las personas no imaginan lo que se vive en el campo.	Sin dato	Sacar a su familia adelante por medio del trabajo y estudio.	Ojalá se pueda concretar y así no siga tanta violencia y muerte sin sentido.	DESPUES
Entrevista 9											
La atención era rápida y oportuna.	Logro terminar la primaria en su municipio y está terminando once en nocturna.	Sin dato.	No era un paraíso, pero tampoco era tan peligroso como la ciudad.	Se realizaban labores campesinas.	La calidad de vida es tener cubiertas las necesidades básicas.	Se vivía bien con lo que lograba ganar cocinando a los trabajadores.	Sin dato	Sin dato	Vivir tranquila y sin deudas.	Sin dato	ANTES
No la atienden en los servicios de salud porque su EPS es de otro municipio.	No se prioriza.	Llega a una casa a pagar arriendo, con condiciones insalubres como es piso en tierra y sin los servicios básicos en Usme.	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Se vivía muy mal porque no se tenía recursos económicos, ni un lugar estable donde vivir.	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	DURANTE
La atención en salud es regular, no asiste porque le da pereza tanta demora.	Se presentan problemas de violencia escolar debido al origen campesino por parte de sus hijos e	Se logra acceder a vivienda digna y con todos los servicios en Isla del Sol, Tunjuelito cerca de su	El compartir una vivienda con toda su familia le ha traído problemas de convivencia.	Se logra acceder a un trabajo en el cual debe cortar suelas de zapatos, gana lo necesario para cubrir algunos gastos.	La calidad de vida es compartir con sus hijos los momentos más agradables que nos trae la vida.	Se logra sustentar el hogar con los ingresos de su actual trabajo.	Sin dato.	Sin dato.	Lograr un futuro próspero para sus hijos, donde ellos puedan ser profesionales.	La paz se construye en los hogares por eso el proceso de paz puede brindar un	DESPUES

	hijos y la presión de la familia.	trabajo.								grano de arena, pero los hogares es donde más violencia se presenta, ahí es donde más se debe trabajar.	
Entrevista 10											
Poco se asistía al centro de salud, pero era buena.	Se estudió hasta 5 de primaria porque no era una prioridad	Se tenía su casa en el campo con sus animales y cultivos.	Sin dato	Se vivía de lo que producía la parcela, allí se cultivaba y se cuidaban los animales.	Se contaba con necesidades básicas cubiertas.	Se tenía dinero para tener una buena vida.	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	A N T E S
Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	Sin dato	D U R A N T E

Algunos funcionarios son más amables que otros, pero en general la atención es regular.	La educación debe ser una prioridad para los jóvenes si quieren salir a delante.	En la ciudad se cuenta con una vivienda que en la cual viven hacinados más de 25 personas.	Sin dato	Trabaja en una cuerera de San Benito donde se colocan a secar las pieles se gana el básico.	Calidad de vida es estar bien, y ha mejorado en algunas cosas, pero en otras no, como es estudio v/s recursos.	La ciudad es muy costosa y se requiere muchos recursos que no los hay.	Sin dato	Sin dato	En este momento la prioridad es continuar con el trabajo y pagar las deudas y para un futuro es montar su propio negocio de comercialización de productos de cuero.	El proceso de paz es una ilusión ya que se mantiene de hacerle daño a otros, la violencia, secuestro, homicidio , y los grupos armados están enseñados a eso por eso no van a cambiar.	D E SP U É S
---	--	--	----------	---	--	--	----------	----------	---	--	-----------------------------

Anexo 3, Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Datos del proyecto

Título del proyecto: Situación de salud de las personas víctimas del conflicto armado residentes en la localidad de Tunjuelito, Bogotá 2013-2014

Director: Saúl Franco Agudelo
Franchesco Orjuela
Universidad Santo Tomás (Bogotá D.C.)
E-mail: jose.orjuela@usantotomas.edu.co
Celular: 321 2 30 56 94

Universidades participantes: Universidad Santo Tomás.

Objetivo de la investigación

Reconocer las condiciones de vida y salud, y los factores asociados con la enfermedad, en la población víctima del conflicto armado residente en la localidad de Tunjuelito, en el marco del enfoque de los determinantes sociales de salud.

Objetivo de la entrevista

Conocer la percepción y los significados que los(as) participantes tienen sobre la salud luego de ser víctimas del conflicto armado, la morbilidad sentida, qué hacer en caso de enfermedad y estrategias de afrontamiento en la localidad de Tunjuelito, ciudad de Bogotá entre 2013 y 2014.

Como el investigador-a le ha explicado y consta en este formato, queremos invitarle a participar en el proyecto de investigación antes mencionado, por lo que le pedimos su consentimiento para ser entrevistado-a. Su nombre y el de quienes usted referencie, nunca serán divulgados. Es importante que lea cuidadosamente la información que aquí le proporcionamos. Si está de acuerdo, pedimos su firma como signo de aceptación de la entrevista que realizaremos. Si cree pertinente consultar con otra persona participar o no en esta investigación, puede hacerlo. Estamos dispuestos a aclarar cualquier duda y a brindarle la información adicional que requiera.

El tiempo previsto para esta entrevista es aproximadamente de una hora.

Información sobre el proceso

En el desarrollo de esta investigación se usará como herramienta la *entrevista semiestructurada conversacional*. Esta va dirigida a personas víctimas del conflicto armado residentes en la localidad e Tunjuelito.

Manejo de la información

Para proteger la privacidad y confidencialidad de la información obtenida en las entrevistas, no se registrarán en ella los nombres de las personas entrevistadas, los nombres vinculados a los casos relatados y/o ninguna información que pueda servir para su identificación. Por lo anterior, los y las investigadoras se comprometen a guardar **total reserva** de esta entrevista.

Las entrevistas serán realizadas por los investigadores-as o por profesionales debidamente formados para tal fin. Las respuestas, siempre y cuando usted lo autorice serán grabadas para posteriormente ser ingresadas en los computadores asignados al estudio, los cuales estarán protegidos con contraseña. Posteriormente la información será analizada y procesada, evitando citar cualquier referencia que pueda vulnerar la privacidad y la confidencialidad, tanto de los casos enunciados, como de los entrevistados y las instituciones participantes.

Riesgos

No hay ningún riesgo físico por participar en este estudio, pero es posible que esta entrevista sobre el tema de víctimas del conflicto armado pueda afectarle emocionalmente. Si en el curso de la misma usted considera que no está en condiciones de continuar, exprese por favor, y esta se suspenderá.

Beneficios

No hay ningún beneficio directo por participar en este estudio. Sin embargo, esperamos que la información derivada contribuya a ampliar y/o generar programas de prevención frente a la atención en salud para personas víctima del conflicto armado.

Consentimiento informado

1. Confirmo que he leído y comprendido toda la información aquí presentada	Si	No
2. Confirmo que he podido aclarar mis dudas	Si	No
3. Confirmo que he obtenido información adicional que he considerado necesaria	Si	No
4. Entiendo que mi participación es voluntaria	Si	No
5. Entiendo que tengo la libertad de abandonar la entrevista en cualquier momento, sin previo aviso y sin tener que dar explicación	Si	No
6. Estoy dispuesto(a) a participar en la entrevista	Si	No
7. Permito que la entrevista sea grabada	Si	No
8. Doy permiso de que se utilicen extractos de esta entrevista en trabajos académicos y de divulgación siempre y cuando no se revele mi identidad, ni la de las personas que referencio en la entrevista.	Si	No

Firma del entrevistado(a): _____

Documento de Identidad: _____

Firma del investigador(a) _____

Día____ Mes____ Año____