

No. **76**

Septiembre de 2020

ISSN 2215 - 7816 (En línea)

Documentos de Trabajo

Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo

Acceso a salud y percepción sobre
la calidad de la atención médica en
el departamento del Meta: una
mirada después de los acuerdos
con las Farc

Sebastián León-Giraldo, Óscar Bernal, Catalina González-Uribe,
Germán Casas, Juan Sebastián Cuervo-Sánchez, Antonio Olmos,
Tatiana García, Rodrigo Moreno-Serra

Serie Documentos de Trabajo 2020

Edición No. 76

ISSN 2215-7816 (En línea)

Edición digital

Septiembre de 2020

© 2020 Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo

Carrera 1 No. 19 -27, Bloque AU

Bogotá, D.C., Colombia

Teléfono: 3394949, ext. 2073

escueladegobierno@uniandes.edu.co

<http://egob.uniandes.edu.co>

Directora Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo

María Margarita, Paca, Zuleta

Autores

Sebastián León-Giraldo, Óscar Bernal, Catalina González-Uribe, Germán Casas, Juan Sebastián Cuervo-Sánchez, Antonio Olmos, Tatiana García, Rodrigo Moreno-Serra

Jefe de Mercadeo y Comunicaciones, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo

Camilo Andrés Torres Gutiérrez

Gestora Editorial, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo

Angélica María Cantor Ortiz

Gestor de Comunicaciones, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo

Camilo Andrés Ayala Monje

El contenido de la presente publicación se encuentra protegido por las normas internacionales y nacionales vigentes sobre propiedad intelectual, por tanto su utilización, reproducción, comunicación pública, transformación, distribución, alquiler, préstamo público e importación, total o parcial, en todo o en parte, en formato impreso, digital o en cualquier formato conocido o por conocer, se encuentran prohibidos, y solo serán lícitos en la medida en que cuente con la autorización previa y expresa por escrito del autor o titular. Las limitaciones y excepciones al Derecho de Autor solo serán aplicables en la medida en se den dentro de los denominados Usos Honrados (Fair Use); estén previa y expresamente establecidas; no causen un grave e injustificado perjuicio a los intereses legítimos del autor o titular; y no atenten contra la normal explotación de la obra.

Acceso a salud y percepción sobre la calidad de la atención médica en el departamento del Meta: una mirada después de los acuerdos con las Farc

Por: Sebastián León-Giraldo¹, Óscar Bernal², Catalina González-Uribe³, Germán Casas⁴, Juan Sebastián Cuervo-Sánchez⁵, Antonio Olmos⁶, Tatiana García⁷, Rodrigo Moreno-Serra⁸

Resumen

Este documento presenta un análisis comparado sobre el acceso y la utilización del sistema de salud por parte de personas desplazadas y no desplazadas por el conflicto armado en el departamento del Meta. Para esto, se hace una medición de los niveles de afiliación y acceso al sistema, la calidad percibida del servicio médico y la percepción individual de estas poblaciones sobre su propia salud. Adicionalmente, se presentan datos sobre la implementación y niveles de cobertura del Programa de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI). Los datos evidencian menores niveles de acceso al sistema de salud y una peor percepción sobre la calidad de la atención médica por parte de la población desplazada. Algunas características sociodemográficas tales como la edad, el sexo, los niveles de pobreza y la zona y el nivel de afectación por el conflicto del municipio en el cual vive la persona explican diferencias en los niveles de acceso y percepción de la calidad de los servicios de atención médica. A partir de estos resultados se proponen algunas recomendaciones de política sobre la atención en salud a víctimas del conflicto. Este estudio resume los hallazgos preliminares del proyecto *War and Peace: The Health and Health System Consequences of Conflict in Colombia*, liderado por la Universidad de los Andes y la Universidad de York en Reino Unido y financiado por el UK Medical Research Council, Economic and Social Research Council, DFID y Wellcome Trust (Joint Health Systems Research Initiative, Grant MR/R013667/1).

Palabras clave: desplazamiento, acceso a servicios de salud, calidad percibida en el sistema de salud, Meta, salud percibida.

¹ Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes. Correo electrónico de contacto: sd.leon10@uniandes.edu.co

² Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes. Correo electrónico de contacto: obernal@uniandes.edu.co

³ Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Correo electrónico de contacto: cgonzalez@uniandes.edu.co

⁴ Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Correo electrónico de contacto: gcasas@uniandes.edu.co

⁵ Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes. Correo electrónico de contacto: js.cuervo1030@uniandes.edu.co

⁶ Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes. Correo electrónico de contacto: a.olmos@uniandes.edu.co

⁷ Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes. Correo electrónico de contacto: t.garcia23@uniandes.edu.co

⁸ Centre of Health Economics, University of York. Correo electrónico de contacto: rodrigo.morenoserra@york.ac.uk

Abstract

This document presents a comparative analysis of access and use of health services by displaced and non-displaced people due to armed conflict in Meta's department. To achieve this, we measure levels of affiliation and access to the health system, perceived quality of medical services, and personal appreciation of these populations about their own health. Additionally, we present the implementation and coverage levels of the Psychosocial Attention Program for Victims of the Armed Conflict (PAPSIVI). Data show lower levels of access to the health system and a worse perception of the quality of medical care by displaced populations. Some sociodemographic characteristics such as age, sex, poverty levels, the area, and the level of conflict incidence of the municipality in which the person lives explain differences in access and perception of medical attention quality. Based on these results, some policy recommendations are proposed on healthcare services for victims of armed conflict. This study summarizes the preliminary findings of the project *War and Peace: The Health and Health System Consequences of Conflict in Colombia* led by Universidad de Los Andes and the University of York, UK, and funded by the UK Medical Research Council, Economic and Social Research Council, DFID y Wellcome Trust (Joint Health Systems Research Initiative, Grant MR/R013667/1).

Keywords: Displacement, Access to Health Services, Perceived Quality of Health Systems, Meta, Perceived Health.

Tabla de contenido

Introducción.....	4
Contexto	4
Datos	9
Características sociodemográficas de la población encuestada.....	10
Estado de salud autopercebido de la población.....	12
Acceso al sistema de salud	16
Afiliación al sistema de salud	16
Acceso a los servicios cuando se han solicitado.....	20
Lugares de atención médica	24
Razones para no asistir a los servicios de salud	28
Calidad percibida de la atención en los servicios de salud	33
Resumen de resultados	36
Programa de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI).....	38
Recomendaciones	41
Conclusiones.....	44
Bibliografía.....	45
Anexos.....	48

1. Introducción

El objetivo del presente documento es identificar diferencias en el acceso al sistema de salud en el departamento del Meta, entre personas que reportaron estar en situación de desplazamiento en 2018 y personas que no. Se analizan los niveles de salud autopercibida, el acceso a servicios de salud, la calidad de la atención brindada y la participación de estas poblaciones en programas públicos de atención en salud. Inicialmente, se presenta una breve descripción del contexto del departamento y las consecuencias que, según la literatura académica, ha tenido el conflicto armado en la salud de las personas y en la provisión de servicios de salud. Luego, presentamos un resumen de los datos y la información utilizada por nuestro estudio y, finalmente, exponemos nuestros resultados y concluimos con una serie de recomendaciones de política pública en las áreas de conflicto armado y salud.

2. Contexto

El conflicto armado colombiano ha dejado, aproximadamente, durante sus casi 60 años de existencia, 220.000 muertes (1958-2012), 1.982 masacres (1980-2012), 27.023 secuestros (1970-2010), 25.007 desaparecidos (1970 – 2011) y más de 4.744.046 personas desplazadas (1960-2013) (Grupo de Memoria Histórica, 2016). Sin embargo, el conflicto se ha manifestado de forma diferenciada en distintas zonas del país (Salas-Salazar, 2016). Una de las zonas del país que ha tenido una exposición importante al conflicto armado colombiano es el departamento del Meta.

El Meta ha sido, históricamente, uno de los territorios más afectados por los grupos y las confrontaciones armadas relacionadas con el conflicto (PNUD, 2016). Entre 1985 y 2016, el conflicto armado en este departamento dejó un saldo de aproximadamente 210.000 personas desplazadas, 30.000 homicidios, 13.000 casos de desapariciones forzadas, 8.000 amenazas y 2.500 actos terroristas, lo que lo convierte, junto con el departamento de Antioquia, en uno de los territorios más afectados por estas confrontaciones (Gobernación del Meta, 2017). Aun así, el conflicto se ha manifestado bajo distintos niveles de intensidad en cada uno de los municipios del departamento. La figura 1 muestra la clasificación hecha por el Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos (Cerac) sobre niveles de afectación

la guerra (Juárez y Guerra, 2011). El conflicto deteriora las condiciones de vida en una población lo cual, a su vez, aumenta la probabilidad de las personas de enfermarse ya sea por afectaciones directas sobre la integridad de las personas o sobre las condiciones que determinan la salud. Estos cambios reducen la expectativa de vida en la población o empeoran la calidad de vida de las personas durante sus años de vida. Este último efecto suele ser capturado a través de la metodología de años de vida ajustados por discapacidad.

Los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) cuantifican la pérdida en años de vida como consecuencia de mortalidad prematura o un deterioro en las condiciones de salud de las personas (OMS, 2010). Los conflictos armados en el último siglo representan más de 8,01 millones de los años de vida ajustados por discapacidad perdidos a nivel mundial (Ghobarah, Huth y Russett, 2003). Tal panorama lleva a un deterioro a largo plazo en la expectativa de vida de las personas que residen en territorios afectados por el conflicto. Igualmente, los conflictos armados agudizan las desigualdades en salud, las cuales se traducen en limitaciones o barreras en el acceso a los servicios sociales y políticos a los que las personas y comunidades tienen derecho (McCartney, Popham, McMaster y Cumbers, 2019).

Diferencias en los niveles de afectación del conflicto entre municipios pueden llevar a diferencias en el acceso y la calidad de los servicios médicos entre territorios, así como en la atención médica a diversos grupos poblacionales (Vargas-Lorenzo, Vásquez-Navarrete, Mogollón Pérez, 2016). En esa medida, resulta importante definir inicialmente que entendemos por acceso a los servicios de salud.

El acceso a los servicios de salud es la capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención médica (Frenk, 2014), en el momento y lugar necesarios (Andersen, 1995), bajo niveles adecuados de disponibilidad, accesibilidad, acomodación y aceptabilidad de estos servicios (Graves, 2009). Igualmente, el acceso depende tanto de:

Características propias del individuo, como la edad, el sexo, su estado de salud o la percepción sobre este estado; del sistema de prestación de servicios, como el portafolio, la disponibilidad de recursos, los horarios de atención; y del contexto en donde se desenvuelve la persona,

como las facilidades de transporte, aspectos propios de la cultura o la convivencia (Restrepo *et al.*, 2014, p. 244).

En esa medida, el acceso a los servicios de salud está compuesto por varios elementos importantes: la cobertura, la facilidad con la cual las personas pueden ser parte del sistema de salud y, en esa medida, de pertenecer o estar afiliados al sistema; los servicios, la disponibilidad de medios, físicos y humanos para la atención y prevención en salud; y la oportunidad (*timeliness*), la capacidad de proveer estos servicios, de manera oportuna en el momento y en el lugar en que es requerido el servicio (ODPHP, 2018).

En este documento, la calidad es analizada desde la perspectiva del paciente, es decir, desde aquellos elementos que él o ella espera al recibir atención médica tales como oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos. El cumplimiento de estos estándares garantiza que las necesidades en salud del paciente se satisfagan a un costo razonable (Aguirre-Gas, 2002 y Fajardo-Dolci, 2008). Por lo tanto, la calidad es el grado en que los servicios sanitarios generan resultados positivos en salud para las personas con un alto grado de probabilidad. En esa medida la calidad está íntimamente relacionada con el concepto de seguridad, puesto que “la calidad establece los elementos necesarios para disminuir los riesgos en la operación diaria de las unidades de atención médica y, por ende, de lo que el paciente recibe en el proceso” (Robledo-Galván *et al.*, 2012, p. 175).

Las guerras, y en particular los conflictos armados, son un proceso de “desarrollo en reversa”, por los costos que generan en la provisión de todo tipo de servicios (Collier, 2003). Usualmente, llevan a miles de muertes en la población civil, al desplazamiento de grandes grupos poblacionales y a la afectación de los sistemas de seguridad social y salud (Mac Ginty y Williams, 2016). Así mismo, afectan los sistemas institucionales, el funcionamiento de los mercados y las relaciones entre las personas y sus comunidades (Paris, 2004). Las consecuencias del conflicto sobre la prestación de servicios de salud se expresan tanto en el sistema de salud, así como en las barreras que las poblaciones tienen que enfrentar para acceder a estos servicios. Aquellos que han tenido que desplazarse de manera forzosa debido al conflicto armado suelen ser quienes presentan mayores dificultades en el acceso a los

servicios de salud (Mogollón-Pérez, 2005). Estas personas, frecuentemente, ven vulnerados sus derechos más fundamentales y, debido a la migración forzada fuera de sus hogares y municipios de residencia, pueden tener mayores dificultades para acceder a los servicios de atención en salud, poco soporte emocional por parte de familiares y amigos, y más dificultades para garantizar sus necesidades más fundamentales (Orjuela, 2013).

Las necesidades en salud de las personas en condición de desplazamiento difieren en diversos aspectos frente al resto de la población. Así mismo, estas necesidades cambian a lo largo de las distintas etapas del desplazamiento (Moreno *et al.*, 2009). Usualmente, el desplazamiento puede dividirse en tres etapas: un primer momento en que la persona abandona su sitio de origen y se encuentra en proceso de ubicar un sitio de llegada; segundo, una fase de transición en donde el desplazado se ubica definitivamente en un territorio; y, finalmente, una fase de adaptación, en donde el desplazado empieza a acceder y a vincularse a los servicios de salud del territorio en que se ha asentado definitivamente (Mogollón-Pérez, Vasquéz-Navarrete y García-Gil, 2003). Es importante conocer estas fases para entender los riesgos en salud a los que se pueden ver expuestas las personas en situación de desplazamiento y, así, poder diseñar estrategias para enfrentar estas limitaciones.

La consecuencia en salud más comúnmente reportada por las personas en condición de desplazamiento es el deterioro en su salud mental, consecuencia del estrés y la intranquilidad permanente a la que se ven enfrentadas (Murthy y Lakshminarayana, 2006). Así mismo, la dificultad para acceder a una adecuada alimentación durante este periodo aumenta la susceptibilidad del individuo a adquirir otro tipo de enfermedades (Mogollón-Pérez *et al.*, 2003). Tras el desplazamiento, las personas tienen mayores posibilidades de presentar conflictos interpersonales, violencia intrafamiliar, o dificultades para adaptarse correctamente a zonas urbanas o a las poblaciones de llegada, lo cual puede derivar en confrontaciones o discriminación por parte de la población huésped (Albuja y Ceballos, 2010). Usualmente, estas personas presentan otros cuadros y condiciones médicas, que, por el desplazamiento, pueden empeorar, como hipertensión, enfermedades gastrointestinales, problemas odontológicos, entre otros (Mogollón-Pérez, Vásquez-Navarrete y García-Gil, 2003).

En esa medida, resulta importante analizar las dificultades que las personas en condición de desplazamiento enfrentan para utilizar el sistema de salud y acceder a estos servicios de manera efectiva y oportuna en cada territorio. Para ello, es importante identificar las condiciones sociodemográficas o económicas que pueden afectar la calidad o la atención médica en contextos de conflicto.

El presente estudio hace un análisis comparado sobre el acceso y la utilización del sistema de salud por parte de personas desplazadas y no desplazadas por el conflicto armado en el departamento del Meta. A continuación, se presenta la metodología empleada en este análisis y los datos utilizados; luego, se resumen los principales resultados; y, finalmente, se concluye con una serie de observaciones y recomendaciones en política pública relacionadas con la atención y los servicios de salud en territorios afectados por el conflicto armado.

3. Datos

Nuestra investigación utiliza los datos recolectados en el marco del proyecto *War and Peace: The Health and Health System Consequences of Conflict in Colombia* dirigido, de manera conjunta, por la Universidad de los Andes y la Universidad de York, Reino Unido. Como parte de esta investigación, se realizó la encuesta Conflicto, Paz y Salud (Conpas) en 2018, encuesta representativa a nivel de afectación del conflicto y a nivel de poblaciones urbanas y rurales. Se encuestaron, de manera aleatoria, a 1309 personas, a quienes se interrogó sobre su acceso al sistema de salud, estado de afiliación, lugares de atención médica, razones para no asistir a una consulta médica, calidad percibida de la atención en salud y salud autopercebida. Así mismo, se obtuvo información de los encuestados, en particular, sobre condiciones de su vivienda, gastos del hogar, exposición al conflicto, nivel de ingresos, zona residencial en que habita, educación, estado civil y ocupación. Igualmente, se identificaron a aquellas personas en condición de desplazamiento, condición que fue autoreportada por los encuestados, con el fin de poder analizar, de forma independiente, a estas dos poblaciones.

El análisis comparativo entre población desplazada y no desplazada estuvo motivado por la hipótesis, ya bien documentada, de que en territorios afectados por el conflicto armado los servicios de salud suelen verse interrumpidos. En estos lugares con frecuencia hay toques

de queda o dificultades para acceder y proveer suministros y personal médico, sobre todo en aquellos territorios más alejados de los principales centros urbanos. En estos territorios las personas pueden no tener acceso oportuno a los principales sistemas de atención. Tales dificultades pueden agravarse para personas de cierta condición social y económica, o con determinadas ocupaciones o género. Por lo tanto, resulta importante evaluar los retos en la provisión y el acceso a los sistemas de salud en estos territorios y, simultáneamente, revisar si existen diferencias en la provisión de servicios de salud entre personas desplazadas y no desplazadas.

4. Características sociodemográficas de la población encuestada

La tabla 1 presenta una descripción de las principales características sociodemográficas de las personas encuestadas, distinguiendo entre desplazados y no desplazados.

Tabla 1. Características sociodemográficas encuestados

Variable	No desplazados		Desplazados	
	N	%	N	%
Total población	759	58,0	550	42,0
Sexo				
Hombre	336	44,3	264	48,0
Mujer	423	55,7	286	52,0
Edad				
18-44 años	362	47,7	236	42,9
45-64 años	265	34,9	241	43,8
65 o más	132	17,4	73	13,3
Zona residencia				
Urbana	482	63,5	300	54,5
Rural	277	36,5	250	45,5
Etnia				
Mayoría étnica	620	81,7	407	74,0
Minoría étnica	139	18,3	143	26,0
Educación				
Ninguna	38	5,0	41	7,5
Preescolar/Primaria	260	34,3	275	50,0
Secundaria	284	37,4	155	28,2
Técnica/Tecnológica	177	23,3	79	14,4
Estado civil				
Casado	167	22,0	114	20,7
Unión libre	304	40,1	232	42,2
Separado/divorciado	164	21,6	135	24,6
Viudo	60	7,9	34	6,2

Soltero	64	8,4	35	6,4
Quintiles de Pobreza				
Quintil 1 y 2 (Pobres)	239	31,5	287	52,2
Quintil 3 (Nivel medio)	153	20,2	107	19,5
Quintil 4 y 5 (Ricos)	367	48,4	156	28,4
Afectación del conflicto				
Villavicencio	235	31,0	65	11,8
Fuerte	101	13,3	205	37,3
Sin conflicto	197	25,9	97	17,6
Débil	226	29,8	183	33,3
Ocupación				
Trabajador formal	126	16,6	78	14,2
Trabajador informal	331	43,6	275	50,0
Pensionado	29	3,8	5	0,9
Desempleado	27	3,6	17	3,1
Estudiante	18	2,4	3	0,6
Oficios del hogar	213	28,1	158	28,7
Discapacitado permanente	15	2,0	14	2,6

Fuente: elaboración propia.

De las 1309 personas que participaron en el estudio, 550 se encontraban en condición de desplazamiento. Esta población se encontraba, en mayor proporción, en zonas rurales y en municipios afectados por el conflicto, en comparación con la población no desplazada. Aproximadamente 75 % de los encuestados tenían un nivel de educación de primaria y secundaria. Sin embargo, una proporción mayor de personas no desplazadas tenían un nivel de escolaridad de técnico o tecnólogo (23 %), casi el doble de las personas desplazadas (14 %). Hay un porcentaje mayor de personas no desplazadas (48 %) en los quintiles más altos de riqueza (Q4 y Q5) frente a personas desplazadas (24 %), quienes, en su mayoría, se encontraban en los quintiles más pobres de riqueza (Q1 y Q2) (52 %). Se reportaron muy pocos estudiantes (3) y pensionados (5) en la población desplazada, proporción que muestra pocas diferencias frente a la población no desplazada. La informalidad fue bastante alta en ambos grupos, aproximadamente de 50 %, y una proporción importante de las personas desplazadas y no desplazadas se dedicaban a oficios del hogar (28 % en promedio). En suma, si bien hubo similitudes en cuanto a la ocupación, la población desplazada tiende a habitar en zonas rurales y afectadas por el conflicto, y a estar en los quintiles más pobres de riqueza.

A continuación, se presenta una comparación sobre percepción, afiliación, acceso y calidad de los servicios de salud en población desplazada y no desplazada. Con esto se

pretende identificar aquellos aspectos que merecen especial atención en la atención en salud para estas poblaciones.

5. Estado de salud autopercebido de la población

Frente a la pregunta: ¿cómo cree que es su estado de salud en general?, un poco menos de la mitad de los encuestados, 47 %, respondieron tener una buena percepción de su salud, seguidos de los que consideraron que era regular (44 %) y, por último, los que consideraron que era mala (9 %) (tabla 2).

Tabla 2. Salud autopercebida, CONPAS 2018 (N=1309)

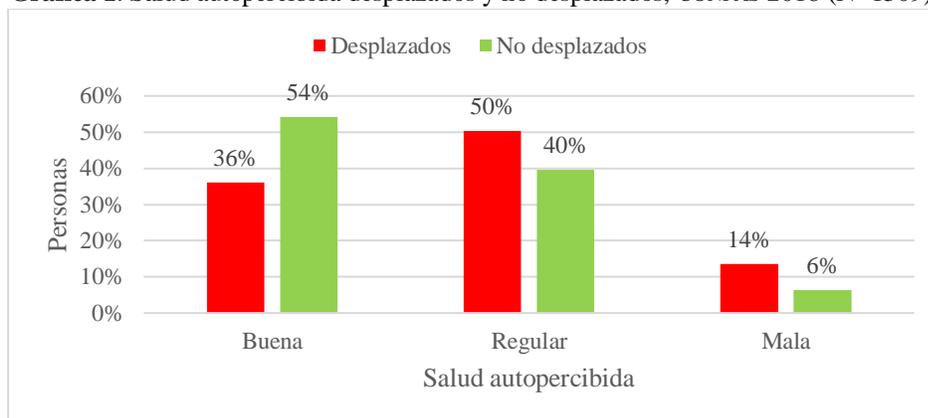
Salud autopercebida	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Buena	609	47 %	47 %
Regular	577	44 %	91 %
Mala	123	9 %	100 %
Total	1309	100 %	

Fuente: elaboración propia

5.1 Resultados para la población desplazada

La gráfica 1 presenta la percepción de los encuestados sobre su estado de salud, discriminando entre desplazados y no desplazados.

Gráfica 1. Salud autopercebida desplazados y no desplazados, CONPAS 2018 (N=1309)



Fuente: elaboración propia

Las personas en condición de desplazamiento tienden, en general, a tener una peor percepción de su estado de salud, en comparación a los que no reportaron ser desplazados. Solo 36 % de los desplazados catalogaron su estado de salud como bueno, frente a 54 % en los no desplazados. Así mismo, la proporción de personas que catalogaron su estado de salud como regular o malo fue de 50 % y 14 %, respectivamente, cifras superiores a los de los no desplazados, quienes reportaron su estado de salud como regular o malo en 40 % y 6 %, respectivamente.

La tabla 3 discrimina, por diversas variables sociodemográficas: edad, sexo, afectación del conflicto y nivel de riqueza, la percepción de salud de las personas en condición de desplazamiento con el fin de identificar, con mayor claridad, cuáles personas declararon un peor nivel de salud autopercebida.

Tabla 3. Percepción estado de salud. Población desplazada (N=550)

Variables	Percepción estado de salud					
	Bueno		Regular		Malo	
	N	%	N	%	N	%
Edades						
18-44 años	131	55,5	94	39,8	11	4,7
44-64 años	59	24,5	140	58,1	42	17,4
65 años o más	8	11,0	43	58,9	22	30,1
Sexo						
Hombre	98	37,1	128	48,5	38	14,4
Mujer	100	35,0	149	52,1	37	12,9
Afectación conflicto						
Villavicencio	34	52,3	23	35,4	8	12,3
Fuerte	68	33,2	106	51,7	31	15,1
Sin conflicto	40	41,2	50	51,5	7	7,2
Leve	56	30,6	98	53,5	29	15,9
Quintiles pobreza						
Más pobres (Q1 y Q2)	83	28,9	156	54,4	48	16,7
Ingreso medio (Q3)	37	34,6	54	50,5	16	14,9
Más ricos (Q5)	78	50,0	67	42,9	11	7,1
Zona						
Urbana	122	40,7	139	46,3	39	13,0
Rural	76	30,4	138	55,2	36	14,4
Ocupación						
Trabajador formal	47	60,3	23	29,5	8	10,3
Trabajador informal	84	30,5	155	56,4	36	13,1
Pensionado	1	20,0	3	60,0	1	20,0
Desempleado	5	29,4	10	58,8	2	11,8
Estudiante	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Oficios del hogar	57	36,1	79	50,0	22	13,9
Discapacitado permanente	1	7,1	7	50,0	6	42,9

Fuente: elaboración propia

Las personas en condición de desplazamiento entre los 44 y los 64 años, y 65 años y más reportaron una peor valoración de su propio estado de salud. En particular, 30,1 % de los mayores de 65 años catalogó su estado de salud como malo frente a 17,4 % y 4,7 % de los grupos entre 44-64 años y 18-44 años, respectivamente. Más de la mitad de las personas mayores de 44 años catalogó su estado de salud como regular.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la autopercepción de salud de personas desplazadas que viven en zonas urbanas y rurales, aunque estos últimos tienden a tener una percepción más negativa de su salud (55,2 % vs. 46,3 % en las zonas urbanas). En cambio, sí se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la

valoración del estado de salud entre las personas que habitaban en la capital, Villavicencio, y las que vivían en municipios afectados por el conflicto.

Mientras los habitantes de Villavicencio reportaron un estado de salud regular en 35,4 %, en los demás municipios este reporte fue de un poco más de 50 %. La mala percepción de salud fue mayor en los municipios con afectación por el conflicto fuerte y leve, 15,1 % y 15,9 %, respectivamente, que en aquellos sin conflicto (7,2 %) y en Villavicencio (12,3 %).

Las personas desplazadas en los quintiles más pobres (Q1 y Q2) son quienes tienen la peor percepción de salud (16,7 %), más del doble de aquellos en los quintiles más ricos (7,1%). De todos los grupos poblacionales, las personas en condición de discapacidad tienen la peor percepción de su estado de salud, pues 43 % de esta población valora como malo su estado de salud frente a 20 % en el caso de las personas pensionadas, segundo grupo que presenta la peor percepción de su estado de salud.

5.2 Comparación entre población desplazada y no desplazada (ver anexos: tabla 14)

En términos generales, la población desplazada percibió su estado de salud como bueno en una proporción menor a los no desplazados (-18,1 %) y una mayor proporción de desplazados reportó su salud como regular y mala (10,8 % y 7,3 %, respectivamente). Además, para todos los grupos poblacionales, el porcentaje de desplazados que tuvieron buena percepción de su salud fue menor que los no desplazados. Esta diferencia aumenta según la ocupación, pues los desplazados desempleados consideraron, con una diferencia de -40,9 %, que su estado de salud es bueno, respecto a los desempleados no desplazados. Lo mismo ocurrió para los desplazados pensionados, con una diferencia de -31,7 % y para los trabajadores informales con una diferencia de -22,3 %. Igualmente, para todos los grupos poblacionales de personas desplazadas, la mala percepción de salud fue mayor respecto a los no desplazados, sobre todo para los mayores de 65 años, para quienes viven en zonas de afectación fuerte del conflicto y para los pensionados. Estas diferencias entre desplazados y no desplazados disminuyen si se vive en Villavicencio o se es trabajador formal.

5.3 Resumen de resultados

En resumen, estos datos dan cuenta de que los desplazados tienen una peor percepción de su salud en comparación con los no desplazados, en todos los grupos poblacionales. Estas diferencias se agravan, en los desplazados desempleados, pensionados, trabajadores informales, mayores de 44 años, y aquellos que viven en municipios fuerte y levemente afectados por el conflicto. Estas diferencias disminuyen si se vive en Villavicencio, se es trabajador formal o discapacitado permanente.

Si bien los desplazados en los quintiles más pobres (Q1 y Q2) y aquellos en condición de discapacidad tuvieron la peor percepción de salud, esta no difirió tanto respecto a los mismos grupos de no desplazados.

Llama la atención que, en la comparación entre población desplazada y no desplazada sobre la percepción de su salud, hay mayores diferencias para las personas que vivían en zonas afectadas por el conflicto, independientemente de si eran zonas urbanas y rurales. Es decir, más que el tipo de zona influyó el grado de afectación que ha tenido el municipio como consecuencia del conflicto.

6. Acceso al sistema de salud

6.1 Afiliación al sistema de salud

La gran mayoría de encuestados, 63 %, pertenecen al régimen subsidiado de salud, 27% pertenece al régimen contributivo y 4 % pertenece a algún régimen especial. Por su parte, 5 % no están afiliados y menos de 1 % no saben o están en un régimen de excepción.

Tabla 4. Régimen afiliación sistema de salud (N=1309)

Régimen afiliación sistema de salud	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Subsidiado	829	63 %	63 %
Contributivo	350	27 %	90 %
No afiliado	70	5 %	95 %
Especial	54	4 %	99 %
No sabe	4	0 %	99 %
Excepción	2	0 %	100 %
Total	1309		

Fuente: elaboración propia

La gráfica 2 presenta la proporción de afiliación en los distintos regímenes existentes, distinguiendo entre desplazados y no desplazados.

Gráfica 2. Afiliación al sistema de salud (N=1309)



Fuente: elaboración propia a partir de CONPAS 2018

La mayoría de la población encuestada, 76 % en el caso de las personas desplazadas y 54 % en el caso de las personas no desplazadas, se encuentran afiliadas al régimen subsidiado de salud. Una mayor proporción de personas no desplazadas se encuentra en el régimen contributivo (34 %), frente al caso de las personas desplazadas (17 %). No hay mayores diferencias en los demás regímenes especiales, ni tampoco en las tasas de personas

no afiliadas a ningún régimen, las cuales rondan en 5,5% de la población encuestada del Meta.

6.2 Resultados para la población desplazada

En la tabla 5 se presenta la afiliación al sistema de salud según las variables sociodemográficas analizadas anteriormente, solo para la población desplazada.

Tabla 5. Afiliación al sistema de salud, población desplazada

Variables	Contributivo		Subsidiado		Excepción		Especial		No sabe		No afiliado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Edades												
18- 44 años	52	22,0	164	69,5	2	0,8	6	2,5	0	0,0	12	5,1
44 – 64 años	28	11,6	197	81,7	0	0,0	5	2,1	1	0,4	10	4,1
65 años o más	12	16,4	56	76,7	0	0,0	2	2,7	0	0,0	3	4,1
Sexo												
Hombres	51	19,3	193	73,1	1	0,4	5	1,9	0	0,0	14	5,3
Mujeres	41	14,3	224	78,3	1	0,3	8	2,8	1	0,3	11	3,8
Afectación conflicto												
Villavicencio	15	23,1	45	69,2	0	0,0	4	6,2	0	0,0	1	1,5
Fuerte	19	9,3	179	87,3	0	0,0	2	1,0	0	0,0	5	2,4
Sin conflicto	22	22,7	66	68,0	0	0,0	2	2,1	0	0,0	7	7,2
Leve	36	19,7	127	69,4	2	1,1	5	2,7	1	0,5	12	6,6
Quintiles pobreza												
Más pobres (Q1 y Q2)	23	8,0	241	84,0	2	0,7	3	1,0	1	0,3	17	5,9
Ingreso medio (Q3)	19	17,8	83	77,6	0	0,0	1	0,9	0	0,0	4	3,7
Más ricos (Q5)	50	32,1	93	59,6	0	0,0	9	5,8	0	0,0	4	2,6
Zona												
Urbana	65	21,7	210	70,0	2	0,7	11	3,7	0	0,0	12	4,0
Rural	27	10,8	207	82,8	0	0,0	2	0,8	1	0,4	13	5,2
Ocupación												
Trabajador formal	49	62,8	19	24,4	0	0,0	8	10,3	0	0,0	2	2,6
Trabajador informal	23	8,4	235	85,5	2	0,7	0	0,0	0	0,0	15	5,5
Pensionado	4	80,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0
Desempleado	2	11,8	15	88,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estudiante	0	0,0	2	66,7	0	0,0	1	33,0	0	0,0	0	0,0
Oficios del hogar	13	8,2	133	84,2	0	0,0	3	1,9	1	0,6	8	5,1
Discapacitado permanente	1	7,1	13	92,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: elaboración propia a partir de CONPAS 2018.

La afiliación a los regímenes de salud es alta para todos los grupos poblacionales de desplazados. Menos de 6 % de la población no se encuentra afiliada a algún régimen de salud.

Pocos desplazados desconocen su régimen de salud y la mayor parte de las personas incluidas en regímenes especiales son representadas por poblaciones pensionadas (20 %), trabajadores formales (10 %) o estudiantes (30 %). La mayor parte de la población de estudio se encuentra afiliada al régimen subsidiado de salud (en promedio 80 %), en donde los mayores niveles de cobertura a este régimen corresponden a personas discapacitadas (92,9 %), desempleadas (88,2 %) o que laboran en oficios del hogar (84,2 %), de quintiles de ingresos bajos (84 %) o en zonas rurales (82,8 %). La afiliación al régimen contributivo está representada, en su mayoría, por desplazados que viven en la capital (23,1 %) o municipios sin conflicto (22,7 %) o de los quintiles más altos de riqueza (Q5) (32,1 %), que desempeñan trabajos formales (62,8 %) o son pensionados (80 %).

6.3 Comparación de población desplazada con no desplazada (ver anexo tabla 15)

Si se comparan los datos de la tabla 5 con los mismos datos para la población no desplazada, llama la atención que en Villavicencio los desplazados están menos afiliados al régimen contributivo y más al sistema subsidiado, que los no desplazados, en donde la diferencia es de -21,1 % y +30 %, respectivamente. Lo mismo ocurre para municipios sin afectación por el conflicto, en donde la diferencia es de -19,94 % y +22,82 %. En cambio, estas diferencias de afiliación entre desplazados y no desplazados no son tan marcadas en municipios afectados por el conflicto, tanto leve como fuertemente. En estos municipios la afiliación de desplazados y no desplazados al sistema de salud es muy similar al promedio general, en el que la afiliación al régimen subsidiado es de 63,3 % y la afiliación al contributivo es de 26,7 %.

Es interesante notar que estas diferencias también se expresan de forma más contundente en los quintiles más ricos, en donde las diferencias son de -14,1 % y 20,1 %, así como en los desempleados desplazados, quienes están afiliados al sistema subsidiado mucho más que los desempleados no desplazados en 36,6 % más.

6.4 Resumen de resultados

En resumen, los desplazados suelen estar más afiliados al régimen subsidiado y menos al contributivo respecto a los no desplazados, diferencia que es más marcada en Villavicencio y en los municipios sin afectación por el conflicto. Igualmente, estas diferencias se expresan más en los quintiles más ricos y en los desempleados.

6.4.1 Acceso a los servicios cuando se han solicitado

Luego de explorar en la encuesta si las personas habían tenido alguna enfermedad en el último año, se les hizo la pregunta: “¿Solicitó y recibió atención médica por esa enfermedad o problema de salud?”, 75 % de encuestados respondió que solicitó y recibió atención, 19,9 % respondió no haber solicitado atención y 5,1 % respondió que solicitó, pero no recibió atención.

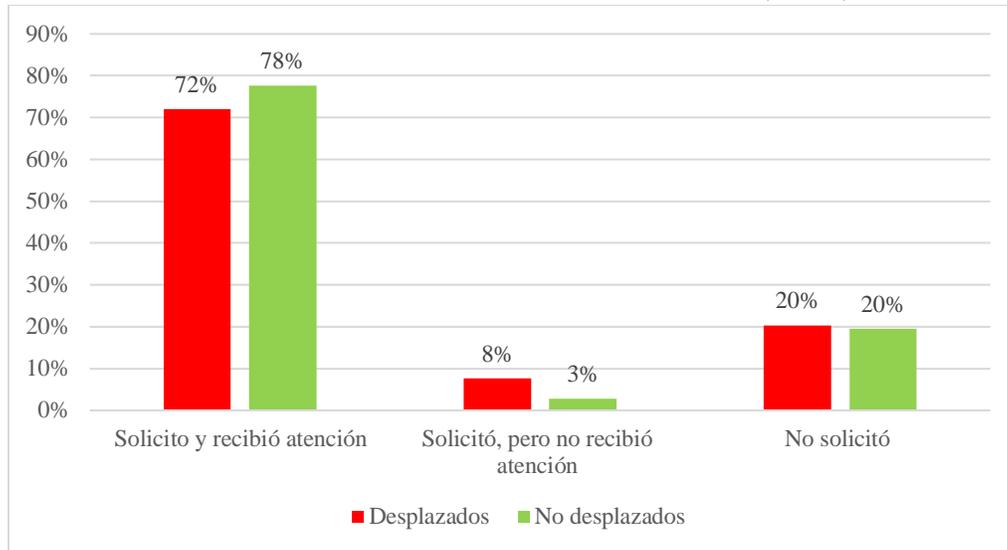
Tabla 6: Solicitud y uso de los servicios médicos (N: 784)

Solicitud y uso de los servicios médicos	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Solicitó y recibió atención	588	75 %	75 %
Solicitó, pero no recibió atención	40	5,1 %	80,1 %
No solicitó atención	156	19,9 %	100 %
Total	784	100 %	

Fuente: elaboración propia

De las 1309 personas encuestadas, 784 presentaron algún tipo de enfermedad que requirió atención médica. La gráfica 3 presenta, para este grupo, la proporción de personas que presentaron algún tipo de enfermedad y que, para atenderla, solicitaron y recibieron atención médica, solicitaron, pero no recibieron atención o que simplemente no la solicitaron.

Gráfica 3. Acceso a los servicios de atención en salud (N=784)



Fuente: elaboración propia

No hay mayores diferencias en acceso a los servicios médicos entre desplazados y no desplazados y, en promedio, 75 % de las personas de ambas poblaciones solicitaron y recibieron atención médica. Así mismo, 20 % de ambos grupos decidió no solicitar ningún tipo de atención médica. Aun así, 8 % de las personas desplazadas no recibieron atención médica a pesar de haberla solicitado, mientras que la cifra, en el caso de los no desplazados, fue de 3 %.

6.4.2 Resultados para la población desplazada

La tabla 7 presenta el desglose de estos datos solo para la población desplazada, por el conjunto de variables sociodemográficas anteriormente analizadas.

Tabla 7. Acceso a los servicios de salud, población desplazada

Variables	Acceso a los servicios de salud					
	Solicitó		Solicitó y no recibió		No solicitó	
	N	%	N	%	N	%
Edades						
18-44 años	97	70,3	10	7,3	31	22,5
44-64 años	120	71,4	12	7,1	36	21,4
65 años o más	45	77,6	6	10,3	7	12,1
Sexo						
Hombre	119	69,2	18	10,5	35	20,4
Mujer	143	74,5	10	5,2	39	20,3
Afectación conflicto						
Villavicencio	25	92,6	1	3,7	1	3,7
Fuerte	89	63,6	17	12,1	34	24,3
Sin conflicto	52	75,0	1	1,5	16	23,0
Leve	96	75,0	9	7,0	23	18,0
Quintiles pobreza						
Más pobres (Q1 y Q2)	141	70,5	17	8,5	42	21,0
Ingreso medio (Q3)	56	76,7	3	4,1	14	19,2
Más ricos (Q5)	65	71,4	8	8,8	18	19,8
Zona						
Urbana	143	75,3	12	6,3	35	18,4
Rural	119	68,4	16	9,2	39	22,4
Ocupación						
Trabajador formal	38	73,1	3	5,8	11	21,2
Trabajador informal	134	73,6	19	10,4	29	15,9
Pensionado	3	75,0	0	0,0	1	25,0
Desempleado	5	50,0	1	10,0	4	40,0
Estudiante	0	0	0	0	0	0
Oficios del hogar	74	69,2	5	4,7	28	26,2
Discapacitado permanente	8	88,9	0	0,0	1	11,1

Fuente: elaboración propia a partir de CONPAS, 2018

Los habitantes de municipios fuertemente afectados por el conflicto fueron el grupo poblacional que, en mayor proporción, solicitó y no recibió los servicios médicos (12,6 %), seguido de las personas con trabajos informales (10,4 %), desempleados (10 %) o que habitan en zonas rurales (9,2 %). Los desempleados fueron, así mismo, las personas que menos desearon acudir al servicio médico, así como las personas encargadas de oficios del hogar (26,2 %) y los habitantes de zonas rurales (22,4 %). Sin embargo, en términos generales, aproximadamente 70 % de los desplazados en cada categoría logró tener acceso a algún tipo de atención médica (hospitales, farmacias, brigadas, etc.) cerca a su lugar de residencia, independiente de su condición socioeconómica (representada por los quintiles de pobreza).

En cuanto a las edades, los desplazados de más de 65 años afirmaron haber solicitado atención médica en mayor medida que los otros grupos de edad.

Se nota una diferencia en la atención entre hombres y mujeres desplazados, pues los hombres solicitaron y recibieron atención en menor medida que las mujeres. Es decir, hay un mayor uso de los servicios por parte de las mujeres que de los hombres desplazados.

Hay diferencias marcadas en cuanto a la atención según la afectación del conflicto. En Villavicencio hay un panorama positivo, pues la mayoría de los desplazados, 92,6 %, reportaron solicitar y recibir atención. En cambio, en los municipios con afectación fuerte del conflicto, solo 63,6 % de los desplazados reportaron haber solicitado y recibido atención médica. En aquellos municipios fuertemente afectados por el conflicto, 12,1 % de la población desplazada solicitó y no recibió atención, mientras que en los municipios levemente afectados fue 7 %. Ambas cifras son mayores al 1,5 % de municipios sin conflicto y al 3,7 % de Villavicencio.

6.5 Comparación de población desplazada con no desplazada (ver anexos: tabla 16)

Aunque en términos generales no hubo mayores diferencias entre la población total de desplazados y no desplazados, como se mostró al inicio de esta sección, algunas variables socioeconómicas sí dieron cuenta de diferencias más marcadas.

En los municipios con afectación fuerte del conflicto, los desplazados afirmaron haber solicitado y recibido atención médica en una mayor proporción que los no desplazados (4,4 % más). Sin embargo, más desplazados solicitaron y no recibieron atención (10 % más que los no desplazados) y muchos menos, en comparación con los no desplazados, no solicitaron atención médica (-14,4 %). Es decir, los desplazados suelen pedir más atención médica que los no desplazados, pero son quienes menos la reciben.

La ocupación fue la variable en la que más oscilaron los datos. Aquellas personas desplazadas pensionadas o desempleadas respondieron que solicitaron y recibieron atención en menor proporción que los no desplazados del mismo grupo (-19,1 % y -18,4 %,

respectivamente), y no solicitaron atención en mayor proporción (+19,1 % y +13,6 %, respectivamente). Es decir, para las personas desplazadas de estos grupos poblacionales, el acceso es mucho menor, en comparación a los mismos grupos poblacionales de personas no desplazadas.

6.5.1 Resumen de resultados

En resumen, si se mira solo a la población desplazada, se destaca que el acceso estuvo más restringido sobre todo en los municipios fuertemente afectados por el conflicto, para los trabajadores informales o desempleados, o para quienes habitan en una zona rural.

Si se compara con la población no desplazada, se nota unos resultados muy similares; sin embargo, estos cambian para los municipios fuertemente afectados por el conflicto. En estos, la población desplazada solicitó atención médica y no la recibieron, o no la solicitaron, en mayor medida que los no desplazados.

Por último, los desplazados que son desempleados o pensionados solicitaron y recibieron atención, o no la solicitaron, en menor proporción que los no desplazados.

7. Lugares de atención médica

A las personas que solicitaron y recibieron atención (N=588) se les preguntó por el lugar en el cual la recibieron: 85,3 % lo hizo en algún hospital, 26,3 % lo hizo en algún consultorio, 23,3 % en alguna farmacia, 1,5 % en alguna brigada de salud, 1,1 % en algún servicio de salud impulsado por grupos armados, 0,8 % no recuerda y 0,1 % en Profamilia.

Tabla 8. Lugares de atención médica (N:558)

Hospital	Consultorio	Profamilia	Brigada	Farmacia	Grupo	Tegua	No recuerda
85,37 %	26,36 %	0,17 %	1,53 %	23,3 %	1,19 %	3,4 %	0,85 %

Fuente: elaboración propia

7.1 Resultados para la población desplazada

La gráfica 4 presenta una descripción de los lugares en donde el grupo de personas encuestadas recibieron algún tipo de atención médica. Esta resume, para las personas que solicitaron y recibieron atención (N=588), en qué lugares ocurrió efectivamente esta atención. Las categorías no son excluyentes, pues una persona pudo reportar, en la encuesta, que recibió atención en más de un tipo de lugar.

Gráfica 4. Lugares de atención médica (N= 588)



Fuente: Elaboración propia

Los hospitales clínicos o puestos de salud en distintos niveles de atención fueron los principales lugares de atención médica, representando más de 50 % de las visitas médicas. Los consultorios médicos o de especialistas fueron el segundo lugar de atención predilecto por ambos grupos. Aunque no existen mayores diferencias en estos dos lugares de atención, hubo una menor proporción de personas desplazadas, en promedio 5 % menos, que decidieron utilizar estos tipos de servicios en comparación con las personas no desplazadas. Las mayores diferencias se presentan en el uso de farmacias, boticarios o droguerías; 21 % de las personas desplazadas prefirieron el uso de este medio de atención, frente a 12 % de las personas no desplazadas.

La tabla 9 representa un desglose de la población por categorías sociodemográficas y lugares de atención en población desplazada.

Tabla 9: Lugares de atención médica, población desplazada

Variables	Lugares de atención						
	Hospital	Consultorio	Brigada	Farmacia	Grupo	Tegua	No recuerda
	%	%	%	%	%	%	%
Edades							
18-44 años	54,8	18,5	0,7	20,5	1,4	3,4	0,7
44-64 años	54,6	14,1	1,1	23,8	1,6	3,2	1,6
65 años o más	66,7	18,3	0,0	13,3	0,0	1,7	0,0
Sexo							
Hombre	56,5	17,1	0,6	20,6	0,6	3,5	1,2
Mujer	56,6	15,8	0,9	21,3	1,8	2,7	0,9
Afectación conflicto							
Villavicencio	47,2	25,0	0,0	16,6	5,6	5,6	0,0
Fuerte	55,2	14,7	0,7	23,8	1,4	2,8	1,4
Sin conflicto	56,9	13,9	0,0	20,8	1,4	4,2	2,8
Leve	60,0	17,1	1,4	19,3	0,0	2,1	0,0
Quintiles pobreza							
Más pobres (Q1 y Q2)	56,6	16,0	0,9	19,8	1,4	3,8	1,4
Ingreso medio (Q3)	58,3	17,9	0,0	19,0	1,2	3,6	0,0
Más ricos (Q5)	54,7	15,8	1,1	25,3	1,1	1,1	1,1
Zona							
Urbana	53,2	17,3	0,5	23,6	1,8	3,2	0,5
Rural	60,8	15,2	1,2	17,5	0,6	2,9	1,8
Ocupación							
Trabajador formal	53,3	20,0	0,0	18,3	1,7	3,3	3,3
Trabajador informal	57,7	15,5	1,5	21,1	1,0	3,1	0,0
Pensionado	40,0	40,0	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0
Desempleado	42,9	0,0	0,0	28,6	14,3	0,0	14,3
Estudiante	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oficios del hogar	58,0	17,9	0,0	20,5	0,9	1,8	0,9
Discapacitado permanente	50,0	0,0	0,0	28,6	7,1	14,3	0,0

Fuente: elaboración propia

Ninguna persona desplazada hizo uso de los servicios de Profamilia para recibir atención médica. Así mismo, menos de 2 % de las personas utilizaron los servicios de las brigadas de salud. Sin embargo, destaca el hecho de que, aunque el uso de curanderos y teguas no superó 5 %, los desplazados discapacitados hicieron un uso importante de este medio de atención (14,3 %). Hospitales o instituciones prestadoras de salud de primer nivel constituyen, por mucho, el servicio más utilizado por todos los grupos, al representar aproximadamente 50 % de las visitas. El uso de consultorios médicos de especialistas no supera 20 % de las visitas, salvo para las personas pensionadas (40 %) o que habitaban en la

capital Villavicencio (25 %). Menos de un 5 % de las personas usó centros de atención en salud promovidos por grupos armados al margen de la ley. Sin embargo, uno de los servicios más utilizados fue las farmacias o boticarias, incluso más que los consultorios o centros de especialidad médica.

7.2 Comparación de población desplazada con no desplazada (ver anexos: tabla 17)

Al comparar estos mismos datos con la población no desplazada, se destaca que recurrir a hospitales fue menos frecuente para los desplazados entre los 44 y 64 años (-10,5 %), los que viven en Villavicencio (-12,9 %) o en una zona urbana (-12 %), los trabajadores formales (-11 %), los pensionados (-17,1 %), los desempleados (-23,8 %) y los discapacitados (-50 %), que aquellos no desplazados de los mismos grupos. El recurrir a consultorios fue menos frecuente en desplazados desempleados (-20 %) o estudiantes (-33,3 %), que en no desplazados de los mismos grupos.

Las farmacias fueron lugares a los que recurrió más la población desplazada (+8,6 %), especialmente aquellos entre los 44 y 64 años (+12,3 %), los que vivían en un municipio fuertemente afectado por el conflicto (+8,9 %), en zonas urbanas o que eran discapacitados permanentes (+28,6 %).

7.3 Resumen de resultados

En comparación con los no desplazados, los desplazados recurrieron más a farmacias y menos a hospitales y consultorios. Específicamente, recurrieron menos a hospitales, en orden de importancia, aquellos desplazados discapacitados, desempleados, pensionados, que vivían en Villavicencio, en una zona urbana, o que estaban entre los 44 y 64 años. A las farmacias recurrieron en mayor medida los desplazados en condición de discapacidad, que están entre los 44 y 64 años, o que viven en un municipio fuertemente afectado por el conflicto. Particularmente, los desplazados discapacitados son quienes menos acuden a hospitales, y en cambio acuden más a farmacias, curanderos teguas y servicios de grupos armados.

7.4 Razones para no asistir a los servicios de salud

A las personas que respondieron no haber solicitado o recibido atención médica se les preguntó por las razones. En orden de importancia, los encuestados reportaron que no acudieron a los servicios de salud debido a que estos eran de mala calidad (54,1 %), se trataba de un caso leve (50,5 %), implicaba muchos trámites (41,3 %), quedaba lejos (25,5 %), el transporte era caro (21,4 %), no fueron atendidos (19,9 %), debido a los horarios (18,8 %), porque no confiaban (16,8 %), por otras razones (16,3 %), por falta de tiempo (14,8 %), porque el servicio era costoso (13,2 %), porque no estaban afiliados (4,5 %) o porque no sabían dónde quedaba el puesto de salud más cercano (2,5 %).

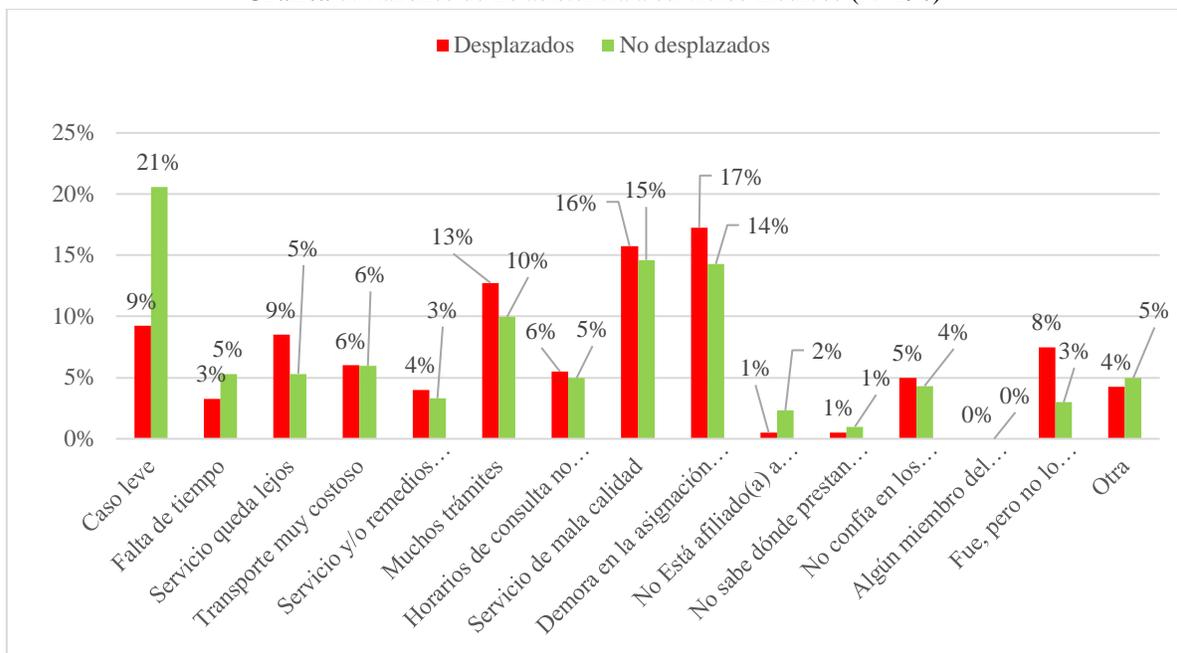
Tabla 10. Razones para no asistir a los servicios de salud

Caso leve	Falta tiempo	Queda lejos	Transporte caro	Servicio costoso	Muchos trámites	Horarios
50,51%	14,80%	25,51%	21,43%	13,27%	41,33%	18,88%
Mala calidad	Demoras en citas	No afiliado	No sabe dónde	No confía	No fue atendido	Otra
54,59%	57,14%	4,59%	2,55%	16,84%	19,90%	16,33%

Fuente: elaboración propia

En la gráfica 5 se resumen las razones de no atención médica de las personas que no recibieron atención en el lugar de prestación o los motivos por los cuales, por voluntad propia, no acudieron a los servicios de salud (N =196). Como en el caso anterior, cada persona pudo reportar más de una razón para no acceder o habersele negado los servicios médicos.

Gráfica 5. Razones de no asistencia a servicios médicos (N=196)



Fuente: elaboración propia

Las personas en condición de desplazamiento reportaron, como principal razón para no acudir a los servicios de atención, la demora en la asignación de citas (17 %), la mala calidad del servicio prestado (16 %) y la existencia de muchos trámites previos para acceder al servicio (13 %). Para el caso de las personas no desplazadas, su percepción de que el caso era leve y no requería mayores niveles de atención fue su principal razón para no acudir a los servicios médicos (21 %). Sin embargo, como en el caso de las personas desplazadas, los servicios de mala calidad (15 %), la demora en la asignación de citas (14 %) y la existencia de muchos trámites (10 %) fueron razones igualmente importantes para no acudir a los servicios médicos.

7.5 Resultados para la población desplazada

La tabla 11 resume estas razones exclusivamente para poblaciones desplazadas.

Tabla 11. Razones para no asistir a los servicios de salud, población desplazada

Variables	Razones para no asistir a los servicios de salud														
	Caso Leve A	Falta Tiempo	Queda Lejos	Transporte caro	Servicio costo	Muchos trámites	Horarios	Mala calidad	Demoras citas	No afiliado	No sabe dónde ofrecen servicio	No confía	Se lo impiden	No atendido	Otra
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Edades															
18-44 años	12,1	3,6	7,9	5,7	3,6	12,1	5,0	16,4	16,4	0,0	0	5,0	0	6,4	5,7
44-64 años	8,3	3,9	10,3	6,9	4,9	13,2	5,9	14,2	16,7	1,0	1	3,9	0	6,4	3,4
65 años o más	5,4	0,0	3,6	3,6	1,8	12,5	5,4	19,6	21,4	0,0	0	8,9	0	14,3	3,6
Sexo															
Hombre	10,7	2,7	9,8	6,7	4,5	12,5	7,1	15,2	16,1	0,9	0,9	4,5	0	5,4	3,1
Mujer	7,4	4,0	6,8	5,1	3,4	13,1	3,4	16,5	18,8	0,0	0	5,7	0,	10,2	5,7
Afectación conflicto															
Villavicencio	0,0	25	0	0	0	25	0	0	25	0	0	0	0	25	0
Fuerte	7,1	3,5	10,2	6,6	5,3	13,3	6,6	16,4	16,8	0	0,4	4	0	7,1	2,7
Sin conflicto	18,6	4,7	7	4,7	2,3	9,3	2,3	16,3	14	0	0	7	0	2,3	11,6
Leve	10,2	1,6	6,3	5,5	2,4	12,6	4,7	15	18,9	1,6	0,8	6,3	0	9,4	4,7
Quintiles pobreza															
Más pobres (Q1 y Q2)	7,9	2,8	10,3	8,3	5,5	12,3	5,5	15,4	17	0,8	0,8	3,6	0	7,1	2,8
Ingreso medio (Q3)	7,7	4,6	4,6	1,5	1,5	15,4	9,2	18,5	20	0	0	7,7	0	6,2	3,1
Más ricos (Q5)	14,6	3,7	6,1	2,4	1,2	12,2	2,4	14,6	15,9	0	0	7,3	0	9,8	9,8
Zona															
Urbana	18,4	3,8	3,8	1,3	1,3	13,3	3,2	15,8	17,1	0	0	6,3	0	8,9	7
Rural	13,3	2,6	10,4	8,1	5,2	11,1	6,3	14,1	15,6	0,7	0,7	3,7	0	5,9	2,2
Ocupación															
Trabajador formal	16,7	7,1	7,1	2,4	0	9,5	7,1	11,9	11,9	0	0	7,1	0	7,1	11,9
Trabajador informal	7,6	2,8	9,5	7,1	5,7	13,3	6,2	15,6	18	0,9	0,9	3,3	0	6,6	2,4
Pensionado	0	0	11,1	11,	11,1	11,1	11,1	11,1	11	0	0	11,1	0	11,1	0
Desempleado	19	4,8	4,8	4,8	4,8	14,3	4,8	9,5	9,5	0	0	9,5	0	4,8	9,5
Estudiante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0
Oficios del hogar	8,8	2,6	7	4,4	0,9	13,2	3,5	19,3	20,2	0	0	6,1	0	9,6	4,4
Discapacitado permanente	0	0	33,3	33,	33,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: elaboración propia

Una de las principales razones manifestadas para no acudir a los centros de atención en salud en población desplazada es la percepción de que la condición médica era de carácter leve (en promedio 16 %). Sin embargo, para las personas que trabajan de forma informal, la mala calidad del servicio (15,6 %) y la demora en la asignación de citas fueron los dos elementos de mayor peso, al igual que para las personas que laboran en oficios del hogar (19,3 % y 20 %, respectivamente). En ningún caso, uno de los encuestados reportó que algún familiar haya impedido la visita al médico. En los hogares de nivel socioeconómico más bajo (Q1 y Q2), así como para las personas en condición de discapacidad, la lejanía del centro médico (10,3 %), junto con la mala calidad del servicio (15,4 %) o la demora en las citas (17 %) representaron las razones más importantes para no acudir al centro médico. Para las personas habitantes de municipios fuertemente afectados por el conflicto, la lejanía del centro médico (10,2 %) y la existencia de muchos trámites (13,3 %), representaron las causas más importantes, las cuales contrastan con las reportadas por las personas de la capital, en donde la falta de tiempo (25 %) o la demora en citas (25 %) fueron los criterios más importantes.

7.6 Comparación de población desplazada con no desplazada (ver anexos: tabla 18)

En comparación con los no desplazados, los desplazados dijeron en mayor medida que las razones para no asistir a los servicios médicos son que este quedaba lejos (+5,5 %) o que no fueron atendidos (+11 %); manifestando, en menor medida, la mala calidad (-7,6 %) y no estar afiliados al sistema de salud (-5,5 %) como razones para no acudir a estos servicios.

De las personas que dijeron que el servicio médico quedaba lejos, se destacan aquellos desplazados que habitan en zonas de fuerte afectación del conflicto (+10,2 %), pensionados (+11,1 %) o discapacitados permanentes (+33,3 %) y, de los que dijeron que no fueron atendidos, se destacan aquellos que habitan en Villavicencio (15,9 %), en zonas de afectación fuerte del conflicto (7,1 %) y de afectación leve (7,9 %). De manera similar, se diferenciaron algunos desplazados que dijeron en mayor medida no haber asistido debido a muchos trámites, individuos que habitan en Villavicencio (+15,9 %) o en zonas fuertemente afectadas por el conflicto (+13,3 %).

En cuanto a la mala calidad, menos desplazados (-27,3 % menos), en comparación con no desplazados, indicaron este problema en Villavicencio, el cual fue más señalado en zonas fuertemente afectadas por el conflicto (+16,4 %). En estos dos territorios, los desplazados consideraron en mayor medida que hay demoras en las citas (+15,9 % en la primera y +16,8 % en la segunda), sobre todo por aquellos que son trabajadores informales (+18 %). En Villavicencio los desplazados dijeron en mayor medida no haber sido atendidos, en 15,9 % más que los no desplazados.

Menos desplazados señalaron no asistir a los servicios de salud porque el caso es leve, en menor medida para las personas entre 18 y 64 años (-12,7 %), las mujeres (-18,6 %), los de quintiles uno y dos (-11,5 %), y el quintil tres (-12,3 %), quienes viven en Villavicencio (-27,3 %), quienes practican oficios del hogar (-13,6 %) y los incapacitados permanentes (-100 %).

En comparación con los discapacitados no desplazados, los discapacitados desplazados afirmaron en mayor medida (+33,3 %) no haber asistido a los servicios de salud, por considerar que quedaban lejos o por el costo del transporte y los servicios en sí.

7.7 Resumen de resultados

En resumen, las personas en condición de desplazamiento reportaron, como principal razón para no acudir a los servicios de atención, la demora en la asignación de citas (17 %), la mala calidad del servicio prestado (16 %) y la existencia de muchos trámites previos para acceder al servicio (13 %).

En comparación con los no desplazados, que reportaron no haber sido atendidos en un 12%, los desplazados no fueron atendidos en un 19 %. Las razones mencionadas más frecuentemente por los desplazados para no asistir a los servicios médicos fueron que estos quedaban lejos, sobre todo para aquellos que vivían en zonas afectadas fuertemente por el conflicto y para los discapacitados. Estos últimos acuden menos al servicio médico debido a los costos y tiempos de transporte.

La mala calidad de los servicios, como una razón para no usar los servicios médicos, fue mencionada sobre todo por aquellas personas desplazadas que vivían en zonas afectadas fuertemente por el conflicto. En cambio, esta razón fue menor para aquellos desplazados que vivían en Villavicencio, en donde fue mayor la razón de no haber sido atendidos. Finalmente, tanto en los municipios afectados fuertemente por el conflicto como en Villavicencio, los desplazados adujeron demoras en las citas en similar proporción.

8. Calidad percibida de la atención en los servicios de salud

A los encuestados que respondieron haber recibido atención médica se les preguntó por cómo consideraron la calidad del servicio. Un poco más de la mitad de las personas encuestadas, 56,1 %, consideró que la calidad del servicio médico fue buena, mientras que 29,9 % consideró que fue regular y 13,9 % consideró que fue mala.

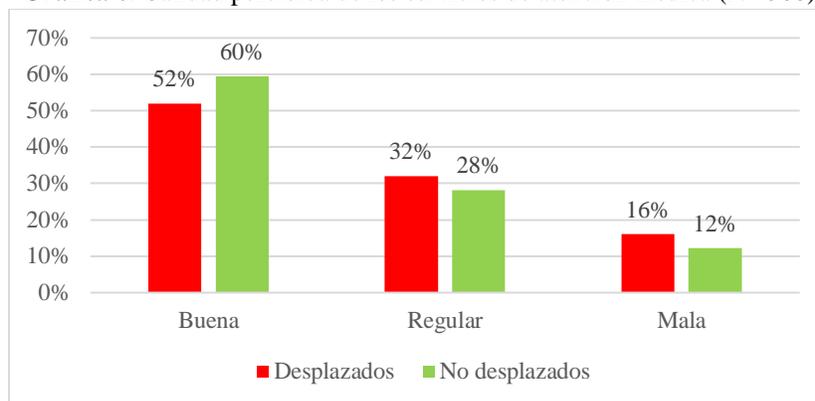
Tabla 12. Calidad percibida. CONPAS, 2018

Calidad percibida de atención en los servicios de salud	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Buena	330	56,12 %	56,12 %
Regular	176	29,93 %	86,05 %
Mala	82	13,95 %	100 %
Total	588	100 %	

Fuente: elaboración propia

La gráfica 5 presenta los resultados de la valoración que hicieron de la calidad del servicio médico aquellas personas que solicitaron y recibieron atención médica (N=588).

Gráfica 6. Calidad percibida de los servicios de atención médica (N= 588)



Fuente: elaboración propia

Se encontraron pequeñas diferencias en la percepción de la calidad de servicio entre población desplazada y no desplazada: 32 % de las personas desplazadas calificaron como regular la calidad del servicio médico, mientras que 16 % lo calificaron como mala, frente a 28 % y 12 % en el caso de los no desplazados. No obstante, más de la mitad de las personas en ambos grupos reportan como buena la calidad del servicio que recibieron en territorio.

8.1 Resultados para la población desplazada

La tabla 13 resume las características sociodemográficas de las personas en condición de desplazamiento que reportaron la calidad del servicio médico recibido y la relación con su percepción de la calidad del servicio médico.

Tabla 13. Percepción de la calidad del servicio médico, población desplazada

Variables	Percepción calidad del servicio médico					
	Buena		Regular		Mala	
Edades	N	%	N	%	N	%
18-44 años	48	49,5	28	28,9	21	21,7
44-64 años	64	53,3	40	33,3	16	13,3
65 años o más	24	53,3	16	35,6	5	11,1
Sexo						
Hombre	65	54,6	35	29,4	19	16
Mujer	71	49,7	49	34,3	23	16,1
Afectación conflicto						
Villavicencio	23	92	0	0	2	8
Fuerte	44	49,4	33	37,1	12	13,5
Sin conflicto	29	55,8	14	26,9	9	17,3
Leve	40	41,7	37	38,5	19	19,8

Quintiles pobreza						
Más pobres (Q1 y Q2)	69	48,9	49	34,8	23	16,3
Ingreso medio (Q3)	28	50	20	35,7	8	14,3
Más ricos (Q5)	39	60	15	23,1	11	16,9
Zona						
Urbana	77	53,9	43	30,1	23	16,1
Rural	59	49,6	41	34,5	19	16
Ocupación						
Trabajador formal	22	57,9	11	29	5	13,2
Trabajador informal	66	49,3	44	32,8	24	17,9
Pensionado	1	33,3	1	33,3	1	33,3
Desempleado	4	80	1	20	0	0
Estudiante	0	0	0	0	0	0
Oficios del hogar	40	54,1	24	32,4	10	13,5
Discapacitado permanente	3	37,5	3	37,5	2	25

Fuente: elaboración propia

Las personas pensionadas señalaron como mala la calidad del servicio de salud (33,3 %), seguido de las personas en condición de discapacidad (25 %) y las personas que se encuentran entre los 18 y 44 años (21,7 %). 92 % de las personas que viven en Villavicencio calificaron como buena la calidad del servicio médico, en contraste con las personas que habitan en los municipios afectados fuerte (49,4 %) y levemente (41,7 %) por el conflicto, así como en los territorios afectados (55,8 %). No existen diferencias importantes por sexos, zona rural o urbana, o niveles de riqueza. Los trabajadores formales son quienes calificaron, en mayor medida, como buena la calidad del servicio médico (57,9 %).

8.2 Comparación de población desplazada con no desplazada (ver anexos: tabla 19)

No hay tantas diferencias entre desplazados y no desplazados, salvo por el hecho de que 7,6 % menos de los desplazados tuvo buena percepción sobre la calidad del servicio médico. Sobre todo, esto se expresa en los desplazados entre 18 y 44 años (-11,9 %), que son mujeres (-12,8 %), de ingreso medio (-11,9 %), que son pensionados (-16,7 %) o que son discapacitados permanentes (-17 %).

Aquellos desplazados que tuvieron una mayor mala percepción sobre la calidad del servicio son los de ingreso medio (+10 %) y los discapacitados permanentes (+15,9 %).

En Villavicencio, una mayor proporción de desplazados tuvo buena percepción sobre la calidad del servicio (+24,2 %) y una menor proporción tuvo una percepción regular (-22,2 %), respecto a los no desplazados.

8.3 Resumen de resultados

En resumen, acá es interesante ver que los datos no fluctúan mucho, salvo porque los desplazados que tienen percepciones malas o regulares sobre la calidad del servicio médico fueron aquellos que son discapacitados permanentes, pensionados, mujeres, de ingreso medio y entre 18 y 44 años. Fue llamativo que en Villavicencio una mayor proporción de desplazados tuvo buena percepción de calidad del servicio respecto a los no desplazados. En cambio, en los municipios fuerte y levemente afectados por el conflicto la percepción fue peor.

9. Resumen de resultados

La presente investigación encontró que efectivamente la población desplazada tiene menores niveles de acceso con calidad al sistema de salud, lo cual se ve reflejado en varios aspectos. Al parecer, la informalidad y el desempleo son factores que representan un acceso más restringido a los sistemas de salud en la población desplazada. Por ejemplo, llama la atención que los desplazados suelen estar más afiliados al régimen subsidiado que al contributivo en comparación con los no desplazados, lo cual, a su vez, puede explicarse por una mayor informalidad y por tratarse de población que, por su puntaje Sisbén, hace menores aportes en salud. De hecho, esto también se ve reflejado en que los desplazados desempleados son de los que suelen tener peor percepción de su salud, y menos acceso real al sistema de salud. En cambio, estos datos suelen ser más alentadores si se es desplazado y se tiene trabajo formal o si se vive en Villavicencio.

En términos de salud auto percibida, las personas en condición de desplazamiento reportaron niveles más bajos de su estado de salud, respecto a aquellos que no estaban en esta condición. Esto se expresa en mayor medida para aquellas personas que se encontraban en zonas afectadas por el conflicto o que presentaron algún tipo de condición que aumentaba

su vulnerabilidad, como estar en condición de discapacidad, trabajar de forma informal o dedicarse a oficios del hogar. Igualmente, al comparar los datos con la población no desplazada, se evidencia que esta situación era más marcada para los desplazados desempleados, pensionados, trabajadores informales, entre 44 y 64 años o mayores a 65 años, y aquellos que vivían en municipios fuerte y levemente afectados por el conflicto; y eran menos marcadas para los trabajadores formales, los discapacitados permanentes y quienes vivían en Villavicencio.

Por otro lado, hay una brecha en el acceso al servicio de salud en municipios afectados por el conflicto, si se compara con Villavicencio. Para la población desplazada que vive en los municipios afectados leve y fuertemente, su autopercepción de su estado de salud, así como de la calidad del servicio y su acceso real suelen ser peores, mientras que sus razones para no asistir a los servicios de salud suelen ser el no haber sido atendidos y que los servicios están lejos. Esto resulta paradójico puesto que los desplazados, a pesar de que acceden menos al sistema de salud respecto a los no desplazados, tienen mayor interés en hacerlo, pues una mayor proporción han solicitado acceso a los servicios de salud. Esto llama la atención sobre la necesidad de satisfacer esa demanda con mayor atención efectiva en los puestos de salud.

Las dificultades de acceso también se ven reflejadas en que, aunque predomina la atención en centros hospitalarios o consultorios, muchos desplazados recurren a medios más informales de atención médica como farmacias o boticarios. Y nuevamente, esto es recurrente para los desplazados desempleados o que viven en municipios afectados por el conflicto. Asimismo, si se compara con los no desplazados, llama la atención que los desplazados, en alguna medida, recurren más a servicios alternos de salud, como farmacias, servicios de grupos armados y curanderos o teguas, y menos a hospitales, consultorios o brigadas de salud. Particularmente, los desplazados discapacitados fueron los que menos acudieron a hospitales y, en cambio, acudieron más a farmacias, curanderos o teguas y servicios de grupos armados.

Por último, existen diferencias muy grandes en la percepción sobre la calidad en el servicio según el lugar. Mientras los desplazados en Villavicencio tuvieron buena percepción

de la calidad del servicio, la percepción de estos fue peor en los municipios fuerte y levemente afectados por el conflicto. Esto resulta importante, pues, como se presentó anteriormente, la mala calidad del servicio resulta uno de los factores más importantes para desmotivar el uso de los sistemas de salud, por lo cual, si esta se mantiene en bajos niveles, puede desmotivar la utilización de los servicios de salud incluso bajo la presencia de instituciones médicas prestadores de estos servicios. Garantizar servicios de buena calidad, particularmente para las personas más vulnerables, asegura que estos servicios puedan ser utilizados correctamente y, simultáneamente, permite a las instituciones prestadoras hacer el adecuado seguimiento médico a las poblaciones de las cuales son responsables.

10. Programa de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI)

El Programa de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI) se perfila como la principal estrategia que tiene el Gobierno para atender en salud a la población víctima del conflicto armado de manera integral. Este programa se constituye como:

La línea técnica que le permite a los diferentes actores atender los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas ocasionados por o en relación con el conflicto armado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario (incluido en este los sujetos de reparación colectiva), con el fin de mitigar su sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades (Ministerio de Salud, s.f).

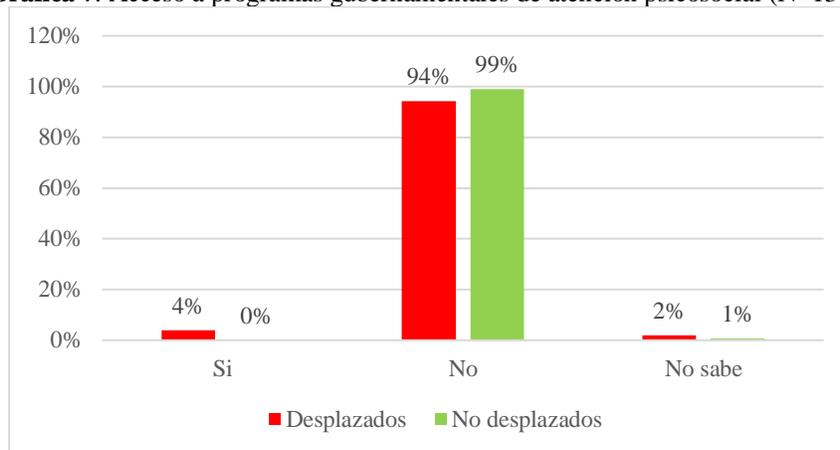
El PAPSIVI hace parte del Plan Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, programa surgido como respuesta a lo estipulado en la Ley 1448 de 2011, expedida por el Gobierno del expresidente Juan Manuel Santos, conocida comúnmente como la Ley de Víctimas, la cual “dicta medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones” (Ley 1448, 2011). El programa está reglamentado por el artículo 137 de esta Ley, el cual dispone, como elementos constitutivos del programa, la *proactividad*, la *atención individual, familiar y comunitaria*, la *gratuidad*, la *atención preferencial*, la *duración*, el *ingreso* y la *interdisciplinarietàad* (artículo 137, Ley 1448, 2011). El programa constituye el plan de acción central del Gobierno

colombiano para atender el componente de *rehabilitación* estipulado en la Ley de Víctimas por medio de la atención psicosocial, asistencia médica y reparación integral de las víctimas del conflicto armado (Ministerio de Salud, 2016).

Sin embargo, la aplicación de este programa a nivel nacional ha sido poco satisfactorio. Según datos del Ministerio de Salud, en el periodo de 2014 a 2017, el PAPSIVI solo ha atendido a 444.062 víctimas en todo el país, de las 7.626.134 que estaban registradas en el Registro Único para las Víctimas (Muñoz, 2019), es decir, tan solo 5,8% de las mismas.

Para el departamento del Meta el panorama no es distinto. La encuesta de la presente investigación preguntó a los participantes por su participación en este programa y los resultados fueron similares. La gráfica 7 presenta los niveles de acceso al PAPSIVI de las personas que participaron en la encuesta.

Gráfica 7. Acceso a programas gubernamentales de atención psicosocial (N=1309)



Fuente: elaboración propia

Prácticamente toda la población encuestada (N=1309) reporta no ser o haber sido beneficiaria del PAPSIVI, tanto en las personas en condición de desplazamiento (94 %) como aquellas que no están en esta condición (99 %). Solo 4 % de los desplazados reportan haber pertenecido alguna vez al programa y 2 % desconoce si alguna vez participó.

La *Guía para víctimas del conflicto armado* (OIM, 2016) menciona que el PAPSIVI debe garantizar ciertos derechos a la población desplazada, entre los que se encuentran: estar

afiliado al sistema de salud, pedir citas médicas, recibir información oportuna, tener cobertura a través de una red prestadora de servicios, acceder en condición de calidad a los servicios del POS, autorreconocerse étnicamente y recibir los servicios de salud de acuerdo con sus particularidades sociales y culturales. Para que esto sea posible debe existir una implementación adecuada en la que todas las entidades y actores involucrados implementen el PAPSIVI de manera mancomunada. En el nivel nacional, el programa está a cargo del Ministerio de Salud y su implementación en el territorio es responsabilidad de las entidades y actores que determinan y coordinan las políticas de operación de los servicios de salud, tales como gobernaciones, secretarías de salud y alcaldías municipales; de las entidades que prestan los servicios de salud, como las EPS, las IPS y los administradores de regímenes especiales; y otras entidades y actores que contribuyen a garantizar la presentación de los servicios de salud, como lo son las organizaciones de víctimas, la cooperación internacional, las comunidades y organizaciones sociales, y la sociedad civil en general.

A pesar de todas estas disposiciones, tanto las cifras como las percepciones de las víctimas sugieren un panorama preocupante frente a su aplicación. En el marco del proyecto *War and Peace* el equipo de investigación realizó entrevistas y grupos focales con víctimas del conflicto armado en el departamento del Meta. Uno de los temas que se trataron en estos espacios fue la implementación del PAPSIVI. Aquellas víctimas que conocían y se refirieron al programa expresaron una percepción generalizada de inconformidad por tres factores recurrentes: recursos insuficientes para atender a todas las víctimas, actitud de los profesionales que brindan el servicio e insuficientes sesiones. Adicionalmente, se tiene la percepción de que el PAPSIVI solo lo destinan para algunos municipios que han sido más afectados por el conflicto armado, pero se dejan por fuera otros que también lo han sido.

La imposibilidad en brindar una atención sostenida en el tiempo hace que la implementación del programa se limite en agotar los escasos recursos que son destinados para este programa, más no en atender, asistir y reparar a las víctimas de manera efectiva. Para varios, esto genera que los profesionales contratados se preocupen más en cumplir obligaciones burocráticas que por dar una atención que les sirva. A su vez, esto ha generado

que las víctimas se sientan defraudadas porque no sienten que los recursos se estén invirtiendo correctamente.

(...) entonces uno como víctima se siente defraudado del sistema de gobierno, porque es que yo no elegí ser víctima (...) y vienen y me lo quieren legalizar con una charlita muchas veces de tres pesos, porque ni siquiera las personas son idóneas para hacerlo, no todas aclaro ¿sí?, pero entonces mandan dos, tres charlas, y le pasan a uno que le firme un montón [de papeles], y resulta que si uno va a leer, está firmando las charlas que van a dejar de dar, primero, y segundo, están legalizando una cantidad de recursos que nosotros ni siquiera recibimos una ayuda, ni siquiera la recibimos o las personas víctimas del conflicto, menos una indemnización, pero allá en los documentos si yo entro y miro, a mí en la plataforma me aparece que me han dado todas las atenciones habidas y por haber... pero vuelve y juega: en el papel (grupo focal, Granada, Meta, 2019).

Esta situación fue reconocida, incluso, por promotoras de la salud:

(...) como promotora para mí fue frustrante ver que el artículo contempla una Ley y ellos, los profesionales, que delegan para esas funciones vinieron e hicieron las cosas a la carrera: llenan unos formatos, llenan unas líneas y el seguimiento que se le tenía que hacer verdaderamente a las mujeres que era ya en la parte de integral, no se lleva como debe ser (...). Vea en casos había unas visitas, 8 visitas, 6 visitas dependiendo la modalidad y ¿qué pasó en eso? Que decían las familias: “Ay, pero a mí la doctora vino y me visitó dos o tres veces y nunca más volvió” (grupo focal 2, Granada, Meta, 2019).

Así pues, estas percepciones llaman la atención para hacer intervenciones en las que primen el propósito de brindar una atención digna a las víctimas, sobre los procesos de legalización de los recursos que, a la postre, terminan por generar un mayor malestar en las víctimas. Quizá uno de los aspectos centrales a replantear es el hecho de traer profesionales externos que operan más por principios laborales que por compromisos territoriales. En ese sentido, valdría la pena considerar el capital humano disponible en los territorios y las capacidades instaladas, de manera que se generen procesos donde, de la mano con la atención psicosocial, se consideren aspectos que apelen a las realidades y experiencias de las víctimas en sus territorios.

11. Recomendaciones

La presente investigación reconoce que la problemática que enfrenta la población víctima del conflicto armado respecto al acceso a los servicios de salud es compleja y que para su

comprensión e intervención es necesario un enfoque interdisciplinar y multitemático. El presente documento se centró en identificar aquellos factores que explican en mayor medida las dificultades que presenta esta población para acceder a los servicios médicos, a partir de una metodología cuantitativa. De esta manera se espera contribuir a hacer una caracterización de los aspectos prioritarios que deben ser tenidos en cuenta en miras a una intervención oportuna e informada de la población víctima del conflicto en el departamento del Meta.

Los resultados obtenidos permiten proponer ciertas recomendaciones dirigidas a la política de atención a la salud de los desplazados. Esta información puede ser tenida en cuenta para desplegar estrategias focalizadas en la atención de esta población. El haber comparado la población desplazada con la no desplazada permitió evidenciar la incidencia del factor “desplazamiento” en el acceso y la calidad de los servicios de salud, así como en la salud autopercebida. Los resultados dan cuenta de que el proceso de desplazamiento en la generalidad de los desplazados encuestados no ha transitado hacia mejoras en las condiciones de vida. Muestra de ello es que los desplazados, respecto a los no desplazados, están más en zonas afectadas por el conflicto y en los quintiles más pobres, y presentan, en términos generales, indicadores más bajos en cuanto a acceso, calidad y salud autopercebida. Estas diferencias, respecto a la población no desplazada, son menores para los desplazados que viven en Villavicencio o tienen trabajo formal, lo cual llama la atención sobre factores que influyen positivamente en el acceso, la atención efectiva y la salud de estas personas.

Es preocupante el alcance que tiene el PAPSIVI para atender a las víctimas del conflicto armado a nivel nacional y departamental y, en términos generales, el poco conocimiento que tiene la población afectada con respecto a este programa. Esto es importante para la población del Meta, ya que presenta altas proporciones de personas desplazadas, pero simultáneamente, grandes grupos poblacionales que, de una forma u otra, han sido afectadas por el conflicto armado. El no tener acceso a servicios orientados a la atención de víctimas del conflicto puede llevar a que, en el largo plazo, las consecuencias en salud física y mental derivadas del conflicto afecten la calidad de vida y la recuperación de estas poblaciones tras años de confrontaciones armadas en estos territorios.

El presente estudio pretendió encontrar algunas características de la población desplazada que representan mayores dificultades para acceder al sistema de salud y gozar de buena salud. De esta manera, se identificaron diferencias con la población no desplazada que permiten establecer dónde se encuentran las situaciones más críticas e inequitativas. Así pues, es necesario tener en cuenta los factores que agravan la situación de la población desplazada en cuanto a acceso, atención y salud autopercibida. En este sentido, la política de atención a víctimas debe focalizar su atención en los desplazados que tienen condiciones que aumentan su vulnerabilidad, tales como el desempleo, el trabajo informal, el estar en los quintiles más pobres de riqueza o el habitar en las zonas afectadas por el conflicto.

Con base en estos resultados el presente estudio permitió establecer las siguientes recomendaciones:

- Focalizar la atención en la población desplazada que, adicionalmente, está desempleada, habita aún en municipios afectados por el conflicto o está en los quintiles más pobres de riqueza.
- Generar canales de divulgación dirigidas a víctimas del conflicto armado sobre rutas de atención a través de los puestos oficiales de salud, pero también de consultorios médicos particulares y farmacias.
- Establecer alianzas con organizaciones que puedan generar empleo formal a la población desplazada.
- Generar todo tipo de incentivos para que la transición de los desplazados pueda hacerse de manera resiliente y favorable para sus condiciones de vida.
- Generar incentivos económicos y laborales (que aseguren condiciones de seguridad y equipamiento) para que los trabajadores de la salud trabajen en las zonas que han sido afectadas por el conflicto armado.
- Impulsar equipos de salud extramurales que atiendan a las poblaciones a las que más se les dificulta hacer uso de los servicios de salud, tales como las zonas rurales o aquellos municipios que han sido afectados por el conflicto.
- Que las autoridades locales de salud hagan un sondeo de la demanda de servicios de la población víctima del conflicto, mediante un registro de visitas en todos los puestos de salud.

12. Conclusiones

Los datos presentados en este documento de trabajo prenden las alarmas sobre las condiciones adversas que está presentando la población desplazada en el departamento del Meta para poder acceder al sistema de salud, lo cual se ve reflejado en problemas de informalidad, desempleo y dificultades de desplazamiento. Esta situación ocurre en uno de los departamentos más afectados por el conflicto armado en el país, por lo cual no es de extrañar que la situación pueda ser similar en departamentos con características similares. De ahí que resulte necesario hacer análisis similares en otros territorios con el fin de revisar y evaluar si existen similitudes o diferencias en otras zonas afectadas por el conflicto armado. Sin embargo, el análisis de una población representativa en un territorio afectado históricamente por este evento y, en particular, tras la firma del acuerdo de paz, nos permite evidenciar qué tan efectivo es actualmente el sistema de salud para proveer servicios médicos a las poblaciones que han sido más afectadas por el conflicto armado. Así mismo, nos permite identificar áreas críticas para mejorar no solo los niveles de atención en estas comunidades, sino, además establecer la forma como los sistemas de salud deben reaccionar, y tras el acuerdo de paz, adaptarse para atender a las personas que durante muchos años fueron afectadas por el conflicto armado de forma que pueda garantizarse, sin exclusión, su derecho fundamental a la salud y a mejorar su calidad de vida en el largo plazo.

13. Referencias

- Aguirre, H. G. (2002). *Calidad de la atención médica - Bases para su evaluación y mejoramiento continuo* (3rd ed.). México D.F.: Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Disponible en: <http://biblioteca.ciess.org/adiss/downloads/549/ADISS2016-501.pdf>
- Albuja, S., y Ceballos, M. (2010). Desplazamiento urbano y migración en Colombia. *Revista Migraciones Forzadas*, 34 (1). 10-11
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Donabedian, A. (2002). *An Introduction to Quality Assurance in health care*. Oxford University Press.
- Fajardo, G. (2008). Calidad de la atención, ética médica y medicina defensiva. *Rev. CONAMED*, 13(4), 3-4.
- Frenk, J. (2014). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud pública de México*, 27(5), 438-453.
- Ghobarah, H. A., Huth, P., y Russett, B. (2003). Civil wars kill and maim people—long after the shooting stops. *American Political Science Review*, 97(2), 189-202.
- Gobernación del Meta (2017). Análisis cartográfico del posconflicto en el departamento del Meta. Reintegración y riesgos de violencia en la puerta del sur colombiano. Disponible en: <https://colombia.iomdev.org/news/cartograf%C3%ADa-social-para-el-posconflicto-en-colombia>
- Graves, B. A. (2012). A model for assessment of potential geographical accessibility: a case for GIS. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 9(1), 46-55.
- Grupo de Memoria Histórica (2012). Los orígenes, las dinámicas y el crecimiento del conflicto armado. Cap 2 *Informe Basta ya*. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica. Disponible en: http://centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/capitulos/basta-ya-cap2_110-195.pdf
- Institute of Medicine (IOM) (1993). *Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services. Access to health care in America*. Washington, DC: National Academy Press. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/>
- Juárez F, Guerra Á (2011). Características socioeconómicas y salud en personas pobres y desplazadas. *Psicología: Teoría e Pesquisa*; 27(4):511-9.

- McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., & Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public Health*, 172, 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.023>
- Ministerio de Salud (s.f). Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx
- Ministerio de Salud (2016). ¿Qué es el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)? Guía para víctimas del conflicto armado. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Guia-personas-afectadas-conflicto-armado.pdf>
- Mogollón Pérez, A. S., Vázquez Navarrete, M., y García Gil, M. (2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 257-266.
- Mogollón Pérez, A. S. (2005). *Acceso de la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las empresas sociales del estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá, Colombia* (1 ed.). Barcelona, España: Universitat Autònoma de Barcelona,
- Mogollón-Pérez, A. S., y Vázquez, M. L. (2008). Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 745-754.
- Moreno, G. A., Monsalve, J. C., Tabima, D., y Escobar, J. I. (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.
- Muñoz, S. (2019). Atención psicológica a víctimas: la herida invisible del conflicto armado. *El Espectador*. Disponible en: <https://www.elespectador.com/colombia2020/pais/atencion-psicologica-victimas-la-herida-invisible-del-conflicto-armado-articulo-897583>
- Murthy, R. S., y Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World psychiatry*, 5(1), 25.
- Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHS) (2018). Access to Health Services. Disponible en: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Access-to-Health-Services#2>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2016). *¿Qué es el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas?* Bogotá. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Guia-personas-afectadas-conflicto-armado.pdf>

- Orjuela, J. F. (2013). Situación de salud de las personas víctimas del conflicto armado residentes en la localidad de Tunjuelito Bogotá, 2013-2014 (tesis de maestría). Universidad Santo Tomás, Bogotá
- PNUD (2016). Meta: Análisis de la conflictividad. Área de Paz, desarrollo y reconciliación. Disponible en: https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/00058220_Analisis%20conflictividad%20Meta%20PDF.pdf
- Quintero-Mejía, M., Alvarado, S. V., y Miranda, J. C. (2016). Conflicto armado, variables socio-económicas y formación ciudadana: un análisis de impacto. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 14(1), 147-161.
- Restrepo Zea, J. H., Silva Maya, C. E., Andrade Rivas, F., y Dover Van Horn, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 242-265. <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>
- Robledo-Galván, H., Meljem-Moctezuma, J., Fajardo-Dolci, G., y Olvera-López, D. (2012). De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Revista Conamed*, 17(4), 172-175.
- Roemer, M. I., Montoya-Aguilar, C., & World Health Organization. (1988). Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39483/9243701053_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Salas-Salazar, L. G. (2016). Conflicto armado y configuración territorial: elementos para la consolidación de la paz en Colombia. *Revista Bitácora Urbano Territorial*, 26(2), 45-57.
- Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, M. L., y Mogollón-Pérez, A. S. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de salud pública*, 12, 701-712.

14. Anexos

Estas tablas son el resultado de la comparación entre los datos de la población desplazada y los datos de la población no desplazada, para cada uno de elementos indagados (autopercepción de salud, afiliación, acceso, lugares de atención, etc.). La idea de esta comparación fue encontrar las diferencias más marcadas de los porcentajes en estas dos poblaciones, para cada uno de los criterios sociodemográficos (edad, sexo, afectación por conflicto, ocupación, etc.). Para esto, a los datos de la población desplazada se restaron los de la no desplazada, lo cual generó los resultados que se muestran en estas tablas. Por esta razón, unos datos quedaron negativos, lo que indica que los valores para la población desplazada en determinado criterio son menores; y otros quedaron positivos, lo que indica que los valores para la población desplazada en determinado criterio son mayores.

Adicionalmente, mediante la herramienta de “formato condicional” de Excel, se señalaron con colores de texto y fondo los valores con las diferencias más marcadas, a partir de las siguientes convenciones:

- Sin color los valores entre -10 y 10
- En amarillo los valores entre 10 y 19, y entre -19 y -10
- En naranja los valores entre 20 y 29, y entre -29 y -20
- En rojo los valores menores a -30 o mayores a 30

Tabla 14. Diferencias población no desplazada, población desplazada/Percepción estado de salud (N=550)

Variables	Percepción estado de salud					
	Bueno		Regular		Malo	
	N	%	N	%	N	%
Población total	213	-18,15	-23	10,83794466	27	7,312252964
Edades						
18-44 años	134	-17,70	4	14,94	4	2,77
44-64 años	51	-17,01	5	7,16	22	9,85
65 años o más	28	-16,27	-32	2,08	1	14,19
Sexo						
Hombre	93	-19,75	8	12,79	13	6,96
Mujer	120	-17,01	-31	9,55	14	7,46
Afectación conflicto						
Villavicencio	109	-8,55	-55	2,22	-6	6,34
Fuerte	19	-15,31	59	5,17	26	10,15
Sin conflicto	70	-14,64	-30	10,89	0	3,65
Leve	53	-17,63	3	11,46	7	6,17
Quintiles pobreza						
Más pobres (Q1 y Q2)	23	-15,08	48	9,59	21	5,5
Ingreso medio (Q3)	38	-16,08	-10	7,26	7	8,82
Más ricos (Q5)	152	-12,16	-61	8,31	-1	3,86
Zona						
Urbana	155	-16,77	-42	8,75	15	8,02
Rural	58	-17,98	19	12,24	12	5,74
Ocupación						
Trabajador formal	-29	-0,02	-24	-7,8	5	7,92
Trabajador informal	-91	-22,37	26	17,43	9	4,94
Pensionado	-14	-31,72	-9	18,62	-1	13,1
Desempleado	-14	-40,97	3	32,87	1	8,1
Oficios del hogar	-51	-14,60	-16	5,4	12	9,21
Incapacitado permanente	-1	-6,23	-1	-3,33	1	9,57

Fuente: elaboración propia

Tabla 15. Diferencias población no desplazada, población desplazada/Afiliación al sistema de salud

Variables	Contributivo		Subsidiado		Especial		No sabe		No afiliados	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Población total	-166	-17,26	5	21,536	-28	- 3,04	2	-0,213	-20
Edades										
18-44 años	-79	-14,19	-23	17,84	-8	- 1,37	0	0	-18	-3,19
44-64 años	-56	-20,10	48	25,47	-14	- 5,07	1	-0,35	-1	-0,05
65 años o más	-31	-16,18	-20	19,12	-6	- 3,36	1	-0,76	-1	1,07
Sexo										
Hombres	-68	-16,12	20	21,61	-15	- 4,05	3	-0,89	-7	-0,95
Mujeres	-98	-18,56	-15	21,8	-13	- 2,16	1	0,3	-13	-1,87
Afectación conflicto										
Villavicencio	-89	-21,16	-47	30,05	-16	- 2,31	0	0	-18	-6,59
Fuerte	9	- 0,60	97	6,11	0	- 0,98	-1	-0,99	-1	-3,54
Sin conflicto	-62	-19,94	-23	22,82	-12	- 5,01	1	-0,51	-2	2,63
Leve	-24	- 6,85	-22	3,47	0	0,49	0	0,06	1	1,73
Quintiles pobreza										
Más pobres (Q1 y Q2)	-25	-11,92	75	15,12	-1	- 0,66	-2	-0,94	-3	-2,4
Ingreso medio (Q3)	-20	- 8,55	-17	10,03	-4	- 2,48	0	0	0	1
Más ricos (Q5)	-121	-14,12	-53	20,14	-23	- 2,85	0	0	-17	-3,08
Zona										
Urbana	-121	-16,89	-24	21,45	-23	- 3,35	0	0	-16	-1,81
Rural	-45	-15,19	29	18,54	-5	- 4,43	2	-0,68	-4	-0,94
Ocupación										
Trabajador formal	-48	-14,18	4	12,5	-5	- 0,02	0	0	1	1,81
Trabajador informal	-44	-11,84	7	16,62	-8	- 2,42	-3	-0,91	-10	-2,05
Pensionado	-14	17,93	0	0	-10	-17,93	0	0	0	0
Desempleado	-7	-21,53	1	36,63	0	-	0	0	-4	-14,81
Estudiante	-7	-38,89	-6	22,26	0	27,44	0	0	-2	-11,11
Discapacitado permanente	1	7,10	-1	-0,43	0	-	0	0	-1	-6,67

Fuente: elaboración propia

Tabla 16. Diferencias población no desplazada, población desplazada/ Acceso a los servicios de salud

Variables	Acceso a los servicios de salud					
	Solicito		Solicito y no recibió		No solicito	
	N	%	N	%	N	%
Población total	64	-5,64	16	4,835164835	8	0,805860806
Edades						
18-44 años	30	-1,45	5	4,48	14	-3,01
44-64 años	3	-7,45	8	4,54	7	2,81
65 años o más	31	-9,76	3	6,85	1	2,9
Sexo						
Hombre	20	-2,82	9	5,84	10	-2,92
Mujer	44	-7,88	7	3,88	2	4
Afectación conflicto						
Villavicencio	65	-2,14	1	1,59	2	0,54
Fuerte	60	4,42	16	10,06	15	-14,48
Sin conflicto	48	-0,76	4	-2,29	11	2,55
Leve	11	0,69	5	4,22	10	-4,91
Quintiles pobreza						
Más pobres (Q1 y Q2)	36	0,50	14	6,5	0	-7
Ingreso medio (Q3)	15	-9,89	2	2,88	4	7
Más ricos (Q5)	85	-8,39	0	4,54	12	3,84
Zona						
Urbana	52	-5,61	3	2,57	2	3,05
Rural	12	-4,78	13	7,52	6	-2,74
Ocupación						
Trabajador formal	35	-8,01	1	3,58	4	4,53
Trabajador informal	14	2,17	12	6,23	12	-8,5
Pensionado	13	-19,12	0	0	0	19,12
Desempleado	8	-18,42	0	4,74	1	13,68
Estudiante	4	-57,14	1	-14,29	2	-28,57
Discapacitado permanente	3	-2,77	0	0	0	2,77

Fuente: elaboración propia

Tabla 17. Diferencias población no desplazada-población desplazada / Lugares de atención médica

															o recuerda		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
18-44 años	-60	-6,6%	27	-4,1%	1	-0,2%	3	-0,6%	27	8,6%	3	0,8%	4	1,3%	3	0,8%	54
	-26	-3,8%	-11	-2,5%	-1	-0,6%	0	0,1%	0	4,0%	1	0,8%	1	1,2%	1	0,7%	-35
44-64 años	-7	-10,5%	-8	-6,4%	0	0,0%	-2	-1,3%	25	12,3%	2	1,0%	6	3,2%	3	1,6%	19
65 años o más	-27	-1,7%	-8	-1,1%	0	0,0%	-1	-1,0%	2	7,2%	0	0,0%	-3	-2,4%	-1	-1,0%	-38
Sexo																	
Hombre	-18	-6,5%	-8	-3,4%	0	0,0%	-1	-0,5%	15	9,5%	0	0,0%	0	0,2%	1	0,6%	-11
Mujer	-42	-6,7%	-19	-4,6%	-1	-0,4%	-2	-0,6%	12	8,0%	3	1,4%	4	2,0%	2	0,9%	-43
Afectación conflicto																	
Villavicencio	-60	-12,9%	-29	-4,7%	-1	-0,8%	0	0,0%	-6	7,3%	2	5,6%	2	5,6%	0	0,0%	-92
Fuerte	53	-0,1%	13	-2,3%	0	0,0%	-2	-5,7%	27	8,9%	2	1,4%	1	-3,6%	2	1,4%	96
Sin conflicto	-41	-7,6%	-14	-5,0%	0	0,0%	-2	-1,6%	-2	7,4%	0	0,6%	2	3,4%	2	2,8%	-55
Leve	-12	-7,1%	3	2,5%	0	0,0%	1	0,7%	8	6,0%	-1	-0,7%	-1	-0,7%	-1	-0,7%	-3
Quintiles pobreza																	
Más pobres (Q1 y Q2)	31	-3,9%	6	-3,0%	0	0,0%	-2	-1,8%	24	7,6%	3	1,4%	1	-1,0%	2	0,7%	65
Ingreso medio (Q3)	-11	-4,2%	-5	-3,0%	0	0,0%	-2	-2,1%	3	5,5%	0	0,1%	3	3,6%	0	0,0%	-12
Más ricos (Q5)	-80	-10,6%	-28	-5,5%	-1	-0,5%	1	1,1%	0	13,4%	0	0,6%	0	0,6%	1	1,1%	-107
Zona	0																
Urbana	-53	-12,0%	-16	-3,4%	0	0,0%	0	0,1%	17	10,2%	4	1,8%	6	2,8%	1	0,5%	-41
Rural	-7	0,5%	-11	-4,9%	-1	-0,5%	-3	-1,5%	10	6,7%	-1	-0,5%	-2	-0,9%	2	1,2%	-13
Ocupación	0																
Trabajador formal	-31	-11,0%	-9	-1,4%	0	0,0%	0	0,0%	-2	5,1%	0	0,6%	2	3,3%	2	3,3%	-38
Trabajador informal	10	-2,3%	-2	-3,4%	0	0,0%	1	0,4%	16	6,4%	2	1,0%	-2	-1,6%	-1	-0,6%	24
Pensionado	-10	-17,1%	-6	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	15,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-16
Desempleado	-7	-23,8%	-3	20,0%	0	0,0%	-1	-6,7%	1	21,9%	1	14,3%	0	0,0%	1	14,3%	-8
Estudiante	-2	-33,3%	-2	33,3%	-1		0	0,0%	-1	-16,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-6
Oficios del hogar	-16	-7,3%	-5	-2,3%	0	0,0%	-3	-2,4%	9	9,2%	0	0,1%	2	1,8%	1	0,9%	-12
Discapacitado permanente	-4	-50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	28,6%	1	7,1%	2	14,3%	0	0,0%	3

Fuente: elaboración propia.

Tabla 18. Diferencias población no desplazada, población desplazada/Razones para no asistir a los servicios de salud

Variables	Razones para no asistir														
	Caso Leve A	Falta Tiempo	Queda Lejos	Transporte caro	Servicio costo	Muchos trámi	Horarios	Mala calidad	Dmoras citas	No afiliado	No sabe dond	No confía	Se lo impiden	No atendido	Otra
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Población total	-46,3%	-9,2%	5,5%	-3,5%	0,1%	1,4%	-1,3%	-7,6%	-0,6%	-5,5%	1,2%	-1,1%	0,0%	11,0%	7,1%
Edades															
18-44 años	-13,1%	-2,2%	3,6%	2,1%	1,4%	2,0%	1,4%	0,6%	0,6%	-1,4%	0,0%	1,4%	0,0%	2,1%	1,4%
44-64 años	-12,3%	-1,0%	4,4%	0,0%	1,0%	5,4%	0,0%	0,5%	4,0%	-2,9%	1,9%	1,0%	0,0%	6,4%	4,4%
65 años o más	-4,6%	-5,0%	-3,1%	-6,4%	-3,2%	-0,8%	-1,3%	6,3%	8,1%	-1,7%	0,0%	0,6%	0,0%	9,3%	1,9%
Sexo	0,0%	0,0%													
Hombre	-7,1%	-3,4%	3,2%	0,6%	1,5%	2,9%	1,0%	1,0%	1,4%	-1,6%	0,6%	0,4%	0,0%	2,4%	1,5%
Mujer	-18,6%	0,2%	3,9%	-0,7%	-0,4%	2,5%	0,5%	1,1%	5,3%	-1,9%	0,0%	0,9%	0,0%	7,3%	0,1%
Afectación conflicto															
Villavicencio	-27,3%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	15,9%	-9,1%	-27,3%	15,9%	-9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	15,9%	0,0%
Fuerte	7,1%	3,5%	10,2%	6,6%	5,3%	13,3%	6,6%	16,4%	16,8%	0,0%	0,4%	4,0%	0,0%	7,1%	2,7%
Sin conflicto	-3,6%	0,7%	4,0%	-0,4%	-1,7%	0,2%	-0,7%	-0,9%	-0,1%	-2,0%	1,0%	3,0%	0,0%	-1,7%	4,5%
Leve	-8,9%	-3,7%	0,2%	0,2%	-1,4%	1,1%	-1,4%	1,3%	2,9%	0,1%	0,8%	1,0%	0,0%	7,9%	0,1%
Quintiles pobreza															
Más pobres (Q1 Q2)	-11,5%	-4,3%	3,2%	0,6%	2,9%	2,6%	-1,0%	3,1%	4,1%	-1,8%	0,5%	-1,6%	0,0%	4,5%	0,4%
Ingreso medio (Q3)	-12,3%	2,1%	-2,9%	-11,0%	-8,5%	2,9%	4,2%	8,5%	7,5%	0,0%	0,0%	5,2%	0,0%	3,7%	0,6%
Más ricos (Q5)	-8,0%	-0,1%	4,2%	1,5%	-0,7%	2,8%	-0,4%	-5,2%	-1,1%	-2,8%	0,9%	3,5%	0,0%	6,0%	1,3%
Zona															
Urbana	-2,2%	-0,6%	0,9%	-1,6%	-1,6%	3,0%	0,3%	-1,8%	1,7%	-2,2%	0,7%	1,9%	0,0%	4,5%	1,1%
Rural	-7,3%	-3,5%	3,1%	-0,4%	1,6%	1,4%	-0,4%	2,0%	2,3%	-1,7%	0,5%	-0,5%	0,0%	4,1%	0,2%
Ocupación															
Trabajador formal	-6,4%	1,3%	3,3%	-1,4%	-5,8%	-2,0%	3,3%	-1,6%	0,4%	-1,9%	0,0%	3,3%	0,0%	1,3%	6,1%

Trabajador informal	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	18,0%	0,9%	0,9%	3,3%	0,0%	6,6%	2,4%
Pensionado	100,0%	0,0%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%	0,0%	0,0%	11,1%	0,0%	11,1%	0,0%
Desempleado	-2,7%	0,5%	4,8%	0,5%	4,8%	5,6%	0,5%	-12,2%	-7,9%	-4,3%	4,3%	9,5%	0,0%	4,8%	0,8%
Estudiante	-12,5%	-12,5%	-12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-25,0%	-12,5%	-12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	-12,5%	0,0%
Oficios del hogar	-13,6%	2,6%	2,9%	-1,7%	-3,2%	3,0%	-0,6%	3,0%	5,9%	-2,0%	0,0%	-2,1%	0,0%	5,5%	0,3%
Incapacitado permanente	-100,0%	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente: elaboración propia

Tabla 19. Diferencias población no desplazada, población desplazada / Percepción de la calidad del servicio médico

Variables	Percepción estado de salud					
	Buena		Regular		Mala	
	N	%	N	%	N	%
Población total	58	-7,60	8	3,84021	2	3,760596
Edades						
18-44 años	30	-11,92	2	5,28	2	6,74
44-64 años	13	-9,30	8	7,28	2	1,92
65 años o más	15	1,98	14	-3,87	2	1,89
Sexo						
Hombre	12	-0,80	11	-3,69	3	4,49
Mujer	46	-12,87	3	9,7	1	3,27
Afectación conflicto						
Villavicencio	38	24,22	20	-22,22	7	-2
Fuerte	28	-5,77	25	9,51	7	-3,74
Sin conflicto	36	-9,20	10	2,9	2	6,3
Leve	12	-6,90	3	1,12	4	5,78
Quintiles pobreza						
Más pobres (Q1 y Q2)	18	0,33	14	1,47	4	-1,8
Ingreso medio (Q3)	16	-11,97	4	1,9	5	10,07
Más ricos (Q5)	60	-6,00	18	1,1	7	4,9
Zona						
Urbana	45	-8,66	7	4,46	0	4,31
Rural	13	-5,36	1	2,44	2	3,02
Ocupación						
Trabajador formal	22	-2,37	12	-2,51	1	4,98
Trabajador informal	1	-6,53	10	4,47	5	2,07
Pensionado	7	-16,70	4	2,05	2	14,55
Desempleado	6	3,08	1	4,62	1	-7,69
Estudiante	3	-75,00	1	-25	0	0
Incapacitado permanente	3	-17,05	1	1,14	1	15,91

Fuente: elaboración propia

Documentos de trabajo EGOB es una publicación periódica de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo de la Universidad de los Andes, que tiene como objetivo la difusión de investigaciones en curso relacionadas con asuntos públicos de diversa índole. Los trabajos que se incluyen en la serie se caracterizan por su interdisciplinariedad y la rigurosidad de su análisis, y pretenden fortalecer el diálogo entre la comunidad académica y los sectores encargados del diseño, la aplicación y la formulación de políticas públicas.

egob.uniandes.edu.co

   | GobiernoUAndes