



Revista Facultad Nacional de Salud
Pública

ISSN: 0120-386X

revistasaludpublica@udea.edu.co

Universidad de Antioquia
Colombia

Posada-Zapata, Isabel C.; Mendoza-Ríos, Abraham; Restrepo-Correa, Carolina; Cano-Bedoya, Sara M.; Orozco-Giraldo, Isabel C.

¿Qué hacer cuando estoy enferma? La búsqueda de alternativas para el bienestar en mujeres desplazadas, Medellín 2013-2014

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 34, núm. 2, mayo-agosto, 2016, pp. 167-174

Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12045638005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

¿Qué hacer cuando estoy enferma? La búsqueda de alternativas para el bienestar en mujeres desplazadas, Medellín 2013-2014

What to do when I am sick? Women displaced by violence and their search for well-being alternatives in Medellín 2013-2014

O que fazer quando estou doente? Na busca de alternativas para o bem-estar de mulheres deslocadas, Medellín, 2013-2014

Isabel C. Posada-Zapata¹; Abraham Mendoza-Ríos²; Carolina Restrepo-Correa³; Sara M. Cano-Bedoya³; Isabel C. Orozco-Giraldo³

¹ Magíster en Salud Pública, Psicóloga. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: isabel.posada@udea.edu.co

² Administrador en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

³ Estudiantes Administración en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Recibido: 29 de abril de 2015. Aprobado: 14 de marzo de 2016. Publicado: 20 de mayo de 2016.

Citación sugerida: Posada-Zapata IC, Mendoza-Ríos A, Restrepo-Correa C, Cano-Bedoya SM, Orozco-Giraldo IC. ¿Qué hacer cuando estoy enferma? La búsqueda de alternativas para el bienestar en mujeres desplazadas, Medellín 2013-2014. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34(2): 167-174. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n2a05.

Resumen

Objetivo: reconocer los diferentes significados de las experiencias de las mujeres desplazadas en relación con la percepción de su estado de salud y cómo este influye en la búsqueda y el uso de servicios de salud o medicina tradicional, para los años 2013-2014. **Metodología:** se realizó una investigación cualitativa utilizando el método conocido como Teoría Fundada; se tuvieron dos tipos de fuentes: primarias, constituidas por los discursos recogidos en entrevistas aplicadas personalmente a 49 mujeres que han sido desplazadas y que para el momento de la investigación residían en tres asentamientos de la ciudad de Medellín y cuyas características se definieron por la diversidad cultural, étnica e idiosincrasia; y las fuentes secundarias, compuestas por la revisión de documentos oficiales, literatura, otras investigaciones y demás material que tratara a cerca de este tema; las herramientas

de recolección fueron entrevista semiestructurada, grupos focales y entrevistas a profundidad. **Resultados y discusión:** se encuentra que las mujeres desplazadas al percibirse enfermas hacen uso de la medicina tradicional y otras alternativas importantes como los servicios asistenciales para satisfacer sus necesidades en salud. En el caso de percibirse sanas, las mujeres buscan mantener una interacción con estas alternativas para asegurar que su estado de salud actual no varíe. **Conclusión:** se concluye que las percepciones de salud o enfermedad que tienen las mujeres en condición de desplazamiento, hacen que ellas interactúen con diferentes alternativas para la preservación o recuperación de su estado de salud.

-----**Palabras clave:** servicios de salud, medicina tradicional, autocuidado, salud de la mujer, migración interna.

Abstract

Objective: to recognize the experiences derived from the search for healthcare alternatives performed by women who have been displaced by violence and currently live in three settlements in Medellín, Colombia, during 2013-2014. **Methodology:** a qualitative research was conducted using grounded theory. Two types of sources were taken into account: primary sources were the discourses collected via interviews with women who have been displaced by violence and who lived in one of three settlements in Medellín at the time of this study. These interviews were applied personally and the women were culturally, ethnically and idiosyncratically diverse. The secondary sources were obtained by reviewing official documents, literature, other studies and additional material on this issue. Data were collected through semistructured

interviews, focus groups and in-depth interviews. **Results and Discussion:** when feeling ill, women displaced by violence use traditional medicine as the first alternative to satisfy their health needs. If this is not successful, other important alternatives such as healthcare services are then used to regain well-being. When feeling healthy, these women try to keep interacting with these alternatives in order to ensure that their current health status does not change. **Conclusions:** women displaced by violence perceive health and illness in a way that allows them to interact with different alternatives for the preservation or recovery of their health status.

-----**Keywords:** health services, traditional medicine, self-care, women's health, internal migration.

Resumo

Objetivo: reconhecer os diferentes significados das experiências das mulheres deslocadas com relação à percepção da sua saúde e a sua influência na busca e utilização dos serviços de saúde ou da medicina tradicional, para os anos 2013-2014. **Metodologia:** realizou-se uma pesquisa qualitativa, com o método de Teoria Fundamentada, com dois tipos de fontes: primárias, constituídas pelos discursos coletados em entrevistas pessoais com 49 mulheres que foram deslocadas e que, no momento da entrevista, moravam em três abrigos em Medellín; as suas características foram definidas pela diversidade cultural, a etnia e a idiosincrasia. As fontes secundárias foram conformadas por uma revisão de documentos oficiais, outras pesquisas e material adicional sobre esta temática. As ferramentas de recolecção de dados foram:

entrevistas semi-estruturadas, grupos focais e entrevistas de aprofundamento. **Resultados e discussão:** encontrou-se que, quando as mulheres deslocadas se percebem doentes, utilizam medicina tradicional e outras alternativas importantes, como os serviços de atendimento, para satisfazer as suas necessidades de saúde. No caso de se perceber sãs, essas mulheres tentam manter uma interação com estas alternativas para garantir que sua saúde atual não varie. **Conclusão:** as percepções de saúde ou doença que as mulheres deslocadas têm fazem com que elas interatuem com diferente alternativas para a preservação ou recuperação da sua saúde.

-----**Palavras-chave:** serviços de saúde, medicina tradicional, autocuidado, saúde da mulher, migração interna.

Introducción

En Colombia, para el año 2013 la violencia y el conflicto armado han desplazado internamente cerca de tres millones y medio de personas, ocasionando una violación múltiple de los derechos humanos y un crimen de lesa humanidad; asimismo, el desplazamiento forzado se ha venido convirtiendo en una situación compleja, la cual comprende múltiples causas y circunstancias que afectan principalmente a la población civil [1, 2].

Por su parte la experiencia del desplazamiento, como consecuencia del conflicto armado y la violencia política, es un fenómeno de gran magnitud que conlleva principalmente a un deterioro de las condiciones fundamentales de vida y de salud de niños, mujeres, adultos y ancianos [3,4], porque la salud es alterada significativamente, en la medida en que se afectan las condiciones económicas, culturales, ambientales, individuales y familiares de quienes lo padecen [4].

Algunas cifras indican que aproximadamente el 40% de los desplazados son mujeres. Muchas de ellas se han convertido en jefes del hogar, a causa de la muerte, desaparición de sus parejas o el abandono de éstos al momento de su llegada a la ciudad receptora, situación que las convierte en personas más vulnerables debido a la sobrecarga que deben llevar tanto en su familia como en la sociedad [4, 5].

De acuerdo a lo anterior, las mujeres desplazadas ven afectada su salud mental y física, situación que se refleja en la inestabilidad psicosocial, altos niveles de estrés, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, y problemas alimentarios, afecciones gastrointestinales y respiratorias, condiciones que alteran su calidad de vida, la cual tiende a empeorar en la ciudad receptora; a esta problemática se añade la dificultad de acceder a los servicios de salud. Aunque el Estado colombiano creó el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, que une esfuerzos

de diferentes instituciones y sectores, la oferta de servicios de salud resulta insuficiente para atender sus necesidades. Por su parte, las mujeres en condición de desplazamiento buscan otras alternativas como la medicina tradicional y prácticas de autocuidado para preservar o recuperar su estado de salud [3].

Dada esta situación, la línea de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva del Grupo de Investigación en Salud Mental de la Facultad Nacional de Salud Pública, se propuso desarrollar una investigación cualitativa con mujeres en situación de desplazamiento, que permitiera, en la complejidad de los factores asociados a este fenómeno, reconocer las experiencias y los significados que se derivan de la percepción en salud, y la búsqueda de alternativas cuando ésta se ve afectada en las mujeres en esta condición.

Este tipo de abordajes permitió construir, desde la perspectiva de las participantes, propuestas para responder de forma más adecuada y oportuna a las necesidades en salud de esta población, contribuyendo a su empoderamiento y la disminución de las inequidades que dificultan aún más su condición de desplazamiento.

Metodología

La presente investigación se llevó a cabo bajo un enfoque cualitativo y holístico para analizar e interpretar de la forma más amplia posible los diferentes significados de las experiencias de las mujeres desplazadas con respecto a la percepción de su estado de salud y cómo este influye en la búsqueda y el uso, ya sea de servicios de salud o medicina tradicional. Apoyados en el interaccionismo simbólico, se determinaron los significados de los actos y las palabras para este grupo de personas, y la forma como estos se construyen en la interacción con otros, para finalmente agruparlos, y constituir un conjunto de sentidos alrededor del discurso de estas mujeres [6].

En la ejecución de este trabajo se utilizaron las herramientas propuestas por el método de teoría fundada, el cual se define como un modelo explicativo derivado de datos recopilados de manera sistemática, y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgió de ellos guardan estrecha relación entre sí [7]. Se buscó hacer una interpretación de los conceptos ligados a las experiencias de estas mujeres y se desarrolló una categorización de los datos, que pasó por tres fases: descriptiva, analítica e interpretativa. Siendo las más representativas las que hacen alusión a cómo la experiencia del desplazamiento influye en los roles asignados a las mujeres, cómo estos roles afectan la percepción de salud/enfermedad y finalmente la forma cómo se hace la búsqueda de alternativas para estar bien.

La población fue constituida por mujeres mayores de edad, que hubieran vivido la condición de desplazamiento durante al menos un año, y que para el momento de la investigación habitaran en alguno de los tres asentamientos seleccionados. Se realizaron 15 entrevistas, 6 grupos focales y 6 entrevistas a profundidad, con una participación total de 49 mujeres, distribuidas así en cada uno de los asentamientos: Nuevo Amanecer 19, La Cruz 14 y Mano de Dios 16 participantes. Para la selección de las participantes se utilizó el muestreo teórico, el cual implicó elegir la población de acuerdo a las necesidades de las categorías, y sus características étnicas, culturales y sociodemográficas, reflejadas en la participación de mujeres afrodescendientes, mestizas y blancas; en cuanto al aspecto cultural, se tuvo en cuenta que las informantes tuvieran diversas creencias religiosas y lugares de procedencia y residencia, y con respecto a lo sociodemográfico, se cuidó la diversidad en cuanto a ocupación, nivel de escolaridad, composición familiar, entre otros aspectos.

Se tuvieron en cuenta dos tipos de fuentes de información: primarias, constituidas por los discursos de las participantes; y secundarias, constituidas por la revisión de documentos oficiales, literatura y otras investigaciones.

El plan de análisis consistió en tres procedimientos básicos: la codificación, a través de un análisis línea por línea de las entrevistas a las participantes, iniciando con una codificación abierta, pasando a una analítica que busca relaciones y finalmente llegando a una selectiva que busca fortalecer la interpretación; la categorización se agrupó en conjuntos que respondían desde lo descriptivo, lo analítico y lo interpretativo; y, finalmente, se llevó a cabo la teorización, es decir, la construcción de un modelo explicativo que respondiera a la pregunta de investigación [7].

Posterior al análisis, se realizó la validación de los hallazgos por medio de una socialización ante la comunidad de los asentamientos, donde las participantes reconocieron la validez de los resultados expuestos.

Para la ejecución de esta investigación se tuvo como eje transversal los criterios establecidos en la Declaración de Helsinki, la cual insta a los investigadores a garantizar la protección de la vida, la salud, la dignidad, integridad, a la libre determinación, privacidad y confidencialidad de la información personal de la población sujeto [8]. Asimismo, se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 [9] del Ministerio de Salud de Colombia, que regula la investigación con seres humanos, y desde allí este proyecto fue catalogado como de riesgo mayor al mínimo, por lo que siempre se estuvo atento a los posibles riesgos psicosociales que se derivaran del discurso de las participantes, y se aplicó además el formato de consentimiento informado. Teniendo en cuenta estas consideraciones, se obtuvo el aval del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Resultados y discusión

Entre los hallazgos más significativos se encuentra que la percepción desarrollada por las mujeres desplazadas a cerca de su estado de salud está determinada por elementos como el entorno donde interactúan y las prácticas de autocuidado, antes y después del desplazamiento. Estas actividades pueden contribuir o no a la salud, generar consecuencias significativas en esta, influir en el óptimo cumplimiento de los roles que las mujeres asumen cotidianamente y por ende alterar la percepción de su estado de salud. En este mismo sentido, la mayoría de participantes relataron que al percibirse enfermas comienzan una búsqueda continua para recuperar el bienestar ya sea por medio de la medicina tradicional o el uso de los servicios de salud; y en el caso de percibirse sanas, buscan mantener una interacción con estas alternativas para asegurar que su estado de salud actual no presente ningún cambio importante.

Dentro de las prácticas de autocuidado, algunas de las mujeres desplazadas fomentan un óptimo desarrollo durante todas las etapas de su ciclo vital con el fin de preservar su propio bienestar y el de sus familias. Estas acciones se dan, desde el ámbito físico, con una adecuada alimentación, la realización de actividad física, la adecuada utilización del tiempo libre, el sano esparcimiento y la realización de chequeos médicos. Esto fue descrito de esta forma por una de las entrevistadas: “[...] Entonces yo me cuido mi salud, hago mi ensaladita, mis juguitos sin azúcar, mi sopita si la tengo, y en el comedor la comida es sin azúcar, sin sal, ¿sí me entiende?” (GF4C107).

En el ámbito psicológico, las mujeres realizan una búsqueda de asesorías ante los problemas emocionales o buscan expresar sus sentimientos a personas que las escuchen y orienten adecuadamente de aquello que las aqueja, teniendo en cuenta el desplazamiento al cual fueron expuestas y la realidad que deben enfrentar. De esta forma lo describe una de las participantes:

“Sí, cuando uno se siente escuchado pues uno se siente bien ¿cierto? uno se siente tranquilo, como cuando uno tiene un problema que le sucede algo y uno a la que tiene como amiga, uno va y se lo cuenta por ver qué consejos le da ella a uno, así se siente uno escuchado, que uno le cuenta su problema a alguien y lo escucha, uno se siente tranquilo, se siente bien” (G5C256-259).

Estas prácticas se construyen y aprenden en todas las etapas de la vida con la intención de cubrir las necesidades que las mujeres desplazadas consideran indispensables para la conservación de la vida y su bienestar personal, a través de la aplicación de acciones que fomenten el cuidado de sí mismas, de la familia y de su entorno dando una respuesta a la capacidad de supervivencia [10], por esta razón la familia es uno de

los factores que las impulsan a mantener su bienestar físico y mental, debido a que de ellas depende el acompañamiento continuo del hogar. Así lo relata alguna de las participantes:

“Yendo al médico, tomándose el tratamiento... por lo menos uno como mamá sabe que si uno se enferma ¿Qué van a hacer los hijos? O sea uno tiene tanta responsabilidad que uno piensa: si uno no va al médico, o sea uno no se puede enfermar” (GF6C17).

En contraste, también se observaron falencias en las prácticas de autocuidado, o ausencia de estas. Al indagar por las razones de esta situación, las mujeres expresaron que la multiplicidad de roles y responsabilidades cotidianas genera un desinterés en el propio cuidado de la salud, porque en muchas ocasiones ellas anteponen el bienestar de sus hijos o de otros miembros de la familia, en su rol de cuidadoras, sin importar las condiciones de su salud; es decir, cuidar la familia puede constituirse como un elemento que impulsa a la protección de la salud o, por el contrario, que la obstaculiza. Lo anterior fue expresado por una de las participantes:

“La verdad pues me he descuidado mucho en eso porque para mí primero siempre están los niños, es verdad, por decir algo estoy enferma, tengo dolor de cabeza, o sea, yo nunca voy al médico, yo trato de tomar una pasta, que se me pase el dolor y listo pero los niños se me enferman y ahí sí estar pendiente de llevarlos al médico, o sea sí, yo soy consciente de que me he descuidado mucho en eso” (GF2C16).

Estas actividades desfavorecedoras para la salud de las mujeres se evidenciaron en el desarrollo de pocas actividades saludables en su tiempo libre, el incumplimiento regular de las recomendaciones médicas y la automedicación.

En los discursos de las participantes, se destaca que las condiciones de vida después de la experiencia del desplazamiento y los determinantes sociales, hacen parte de las causas del deterioro del estado de salud de estas mujeres, reflejado a través de ciertos padecimientos tanto físicos como psicológicos, expresados como migrañas, dolores osteomusculares y la sensación permanente de tristeza, lo cual permite pensar que sus causas están relacionadas con las circunstancias y condiciones de vida desfavorables de la población, generando un nuevo perfil de enfermedad, discapacidad y muerte que, a su vez, parecen haber sido impuestas por el desplazamiento y por las limitaciones de la respuesta estatal frente a dicha problemática. Estos cambios en el perfil se caracterizan por la alta incidencia de patologías de la piel, alérgicas, respiratorias y digestivas, déficits nutricionales, aumento de los índices de violencia doméstica, embarazos en adolescentes, consumo problemático de sustancias psicoactivas legales e ilegales, aumento del riesgo de contraer VIH, entre otras enfermedades de transmisión

sexual y trastornos comportamentales asociados con enfermedad mental. La interacción entre los procesos biológicos y sociales con los perfiles de salud, se expresa en el espacio de la vida cotidiana en el que se mezclan múltiples determinantes que articulan procesos más generales de la sociedad (modo de vida), procesos particulares inherentes a las condiciones de vida de cada población y procesos singulares derivados de los estilos de vida de las familias y personas [11].

En el marco de las consecuencias de la enfermedad, los síntomas físicos constituyen un factor significativo que fomenta la exploración de alternativas clínicas u otros mecanismos que ayudan a las mujeres a asumir los procesos de enfermedad. Como primera instancia se acude a la medicina tradicional, cuando los síntomas no logran afectar significativamente los roles al interior de la familia; sin embargo, si éstos empeoran, se remiten a los servicios de salud buscando la recuperación de un estado que permita retomar condiciones ideales para vivir en el marco de un óptimo estado de salud [12]. Una de las participantes relata:

“Me voy pa’ la casita de las gimnasias, pero como hoy... es que yo voy a la gimnasia y no puedo mover sino las manos porque los pies no los puedo mover, pa’ brincar yo no puedo porque con esos pies hinchados...” (E7C47).

Sin embargo, en algunas ocasiones, las mujeres desplazadas no logran reconstruir una percepción positiva de su salud, situación por la que continúan desempeñando sus roles con limitaciones físicas y mentales. Como resultado de la vivencia de la enfermedad, puede presentarse también una disminución de la autonomía, en la que el efecto más destacado es una visión negativa de su estado de salud y, además, disminución de su calidad de vida [12].

Entre las consecuencias psicológicas de la enfermedad en las mujeres desplazadas se presentan alteraciones emocionales como el estrés y la depresión que no solo afectan a las personas que las padecen sino que también a todo su entorno social como la familia, el trabajo y la comunidad donde residen. Estas alteraciones psicológicas no necesariamente son desencadenadas por una enfermedad mental porque igualmente se pueden reflejar secuelas en la salud mental a causa de un padecimiento físico o viceversa. Todo ello porque no es posible desagregar la dimensión física y mental en los seres humanos, y la interacción que se presenta constantemente en cada uno de estos ámbitos, afectándose mutuamente. Los datos de estudios sobre la salud y el comportamiento sugieren que los procesos psicológicos y los estados emocionales influyen en la etiología y el progreso de enfermedades y contribuye a la resistencia o vulnerabilidad a la enfermedad [13]. Así lo expresa una de las entrevistadas:

“Sí, eso también me lo dijo la psicóloga. Que no puedo estar tan estresada en nada, porque todo lo está sintiendo mi bebé. Entonces dijo como: hay mujeres que han perdido el bebé entonces, haga de cuenta que no ha pasado nada, normal relájese y ya...” (E3C18-19).

Una de las alternativas empleadas por las mujeres desplazadas para mitigar o erradicar las consecuencias de la enfermedad es la medicina tradicional, debido a que esta puede ayudarles a satisfacer sus necesidades sanitarias primarias. Esta práctica se relacionó profundamente con el lugar de procedencia y la etnia de las participantes, en su mayoría provenientes de zonas rurales y pertenecientes a comunidades afrodescendientes y mestizas. La medicina tradicional es parte de un sistema más amplio de creencias, basado en los conocimientos que en las familias en situación de desplazamiento ha persistido, influidas por las condiciones culturales e históricas dentro de las cuales evolucionaron [14] y según las experiencias de la enfermedad que dentro de su núcleo familiar se han presentado.

El uso de medicina tradicional se replica como una costumbre que viene dada culturalmente desde sus ancestros, en la cual las mujeres continúan con la tarea de fomentar dichos conocimientos en sus hogares para mantener el bienestar y mejorar su situación o modo de vida, a pesar de la vulnerabilidad cultural que deja el desplazamiento. Así lo describe una mujer afrodescendiente:

“Acostumbrada prácticamente a tenerlo todo, uno se acostumbra a ese entorno, se acostumbra a sus cosas, que la tradición de nuestros ancestros, que lo que ellos nos decían, que vea: a la abuela le servía esto de hierbas para poner por ejemplo el dolor de cabeza, que para el dolor de cólico, nos daban ciertas cosas...” (GF2C163).

Benner afirma que los seres humanos constantemente refinan prácticas en los diferentes contextos, posibilidad que promueve la actualización de la noción del bien que hay dentro de ellos. “Así, la práctica por sí misma es una fuente de innovación”. El autor considera que la práctica está constituida culturalmente y es una manera de estar encajado socialmente en una situación y con otros [15], por esta razón la mujer desplazada, al llegar a la ciudad receptora, busca las herramientas a las que tiene más facilidad de acceder con el fin de calmar sus dolencias físicas y las de su familia; o evitar el uso de los servicios de salud donde, en muchas ocasiones, las experiencias con respecto a la respuesta del sistema han sido negativas; este hecho fue relatado por algunas entrevistadas:

“Entonces me fui para la casa, hice unas bebidas de unas plantas y me recuperé, esta semana con la preocupación de la hija mía, volvió a caerme eso, hasta me estaba malquiendo, entonces yo, bebidas aromáticas y bebidas de plantas, porque como no me atienden en el hospital por eso...” (GF4C108-109).

Aunque la mayoría de mujeres desplazadas hacen uso de esta alternativa, también se encontraron algunas mujeres en las que estas prácticas no son tan arraigadas debido a que no encuentran en la ciudad las plantas medicinales o las personas con los conocimientos ancestrales que puedan guiar tales curaciones, asimismo, relatan haber tenido vivencias negativas por el uso inadecuado de la medicina tradicional o prefieren hacer uso de los diferentes medicamentos a los que tienen acceso en la ciudad.

Las mujeres, luego de estar en condición de desplazamiento se acercan a la medicina occidental, hecho que las lleva a realizar una comparación entre ambas alternativas y elegir la que les genera mayor bienestar en un momento de enfermedad. Sólo en algunos casos, las mujeres mantienen esta práctica:

“Pues la medicina tradicional es mejor porque todo es natural, en cambio acá que inyección, que pastillas, todo eso lleva químicos entonces es peor para uno, con razón es que nosotras acá más nos enfermamos, vamos resultando con más enfermedades por el químico, en cambio en el Chocó uno se mantenía más aliviado porque allá todo es natural, la comida, los alimentos, todo es natural en cambio acá no y en mi familia todavía si se utiliza la medicina tradicional” (GF2C154).

Ahora bien, si la medicina tradicional no genera el efecto esperado en su estado de salud, se hace uso de otras alternativas importantes para lograr la recuperación de éste como los servicios asistenciales.

La compleja problemática del desplazamiento y el posterior asentamiento en las ciudades receptoras, ha llevado a que en las mujeres desplazadas se incremente el grado de vulnerabilidad social, expresado en la imposición de cambios culturales, pérdidas económicas (de la tierra, casa, animales, enseres), y la vivencia de nuevos conflictos y violencias en los lugares de asentamiento en la ciudad, convirtiéndose en los últimos años en un problema público de tal magnitud, que actualmente se considera una de las grandes amenazas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgss) [16]. Entre las múltiples carencias a las cuales están expuestas estas mujeres, se encontró la desprotección en salud, aunque existen leyes y normatividad vigente en torno a la protección de salud como derecho fundamental e inherente a la vida, se evidencian diversos obstáculos que limitan el acceso a los servicios, como son las dificultades en la identificación de los usuarios, la inexistencia de una base de datos actualizada y confiable, la movilidad de la población y el desconocimiento de los derechos por parte de la población desplazada [17], que dan como resultado la negación por parte del Estado en el suministro de los servicios en salud.

Las mujeres, antes de estar en condición de desplazamiento, presentaban dificultades para acceder a

la atención en los centros hospitalarios, como barreras geográficas presentes en el lugar donde habitaban, poca disposición de talento humano e insumos para prestar una adecuada atención, además de una menor información sobre el manejo de las enfermedades, situación que fue descrita así por una de las líderes de los asentamientos en uno de los grupos focales:

“Sí, porque en el campo no se veía un hospital, nunca porque, por ejemplo, si uno vive dos, tres, cuatro horas de camino, qué será de una persona que esté enferma, que necesite atención médica inmediatamente y para uno salir del campo al pueblo que está retirado, no hay un carro, no hay un caballo, no hay nada ¿Qué tenemos que utilizar? Las hamacas, reunir personas que ayuden a bajar el enfermo hasta cierta parte y poder coger un vehículo para poderlo transportar al hospital” (GF5C18).

De la misma forma, las mujeres desplazadas encuentran barreras para la prestación de los servicios de salud en la ciudad receptora, entre ellas se destacan el tipo de régimen de afiliación, menos oportunidades para consultas con especialistas, problemas económicos, dificultades en el traslado hacia los centros de atención en salud más cercanos o la ubicación lejana de estos y el consecuente gasto en transporte, así como los trámites administrativos con largas esperas para la atención sin una priorización adecuada de las personas más vulnerables. Una de estas situaciones fue descrita así en los momentos de entrevista:

“Muchas veces sí, porque a veces no tenemos un pasaje para bajar a la Piloto o al Hospital Consejo, no lo hay. ¿Qué tenemos que hacer? Caminar, caminar y si tenemos una cita a las nueve u ocho de la mañana, la perdemos porque no alcanzamos a llegar a la hora correcta” (GF5C56).

La mayoría de las mujeres desplazadas se encuentran afiliadas al régimen subsidiado debido a que no tienen capacidad de pago, sin embargo persisten las desigualdades en el acceso a la salud porque gran parte de los servicios ofrecidos para este régimen se prestan en instituciones públicas que, en su mayoría, no cuentan con la capacidad física y financiera para su atención. De la misma forma, los trámites administrativos surgen como otra barrera que llevan a que las mujeres desplazadas nuevamente se vean afectadas, porque en Colombia el aseguramiento en salud tiene un carácter regional o local, hecho que dificulta mantener la afiliación en los lugares donde habita la población posterior al desplazamiento. Los procesos que se deben emprender en las instituciones de salud son engorrosos y terminan por generar la negativa de la atención o una atención parcial y de mala calidad [18].

Según lo anterior, para evaluar si la búsqueda que realizan las mujeres desplazadas en los centros de salud ha sido efectiva, es necesario considerar la respuesta

que han brindado los servicios de salud cuando estas acuden, porque se encontró la entrega ineficiente de los medicamentos, la falta de priorización en la atención para los grupos vulnerables y la percepción de malos tratos que tienen las mujeres desplazadas por parte del personal asistencial.

Por otro lado, algunas de las mujeres desplazadas mencionaron varias cualidades del sistema de salud, en cuanto al buen trato por parte de los empleados de la institución a la cual asisten, que hacen que las mujeres estén satisfechas con los servicios que reciben, hecho que fue descrito por una participante:

“Si, súper, excelente, son unos médicos totalmente excelentes, uno pide una cita hoy y se la dan si es posible pa’ por la tarde o para el otro día, no tiene uno que sentarse a esperar” (E8C15).

Si bien los aspectos asistenciales son importantes para la percepción y el cuidado de la salud, las mujeres concluyen que para mejorar la prestación de los servicios de salud deben crearse estrategias integrales enfocadas en la población más vulnerable, en las que se cuente con una mayor cantidad y calidad de profesionales asistenciales atendiendo con un trato digno y con respeto, fomentando además, la realización de brigadas de salud dentro de la comunidad y agilizando los trámites administrativos para la prestación de servicios oportunos y pertinentes para la población desplazada. Todos estos requerimientos para responder a la diversidad de estrategias que desarrollan las mujeres desplazadas al percibirse enfermas, que va desde la pasividad pasando por cuidados incipientes hasta la búsqueda activa mediante actos concretos que contribuyan a su recuperación.

Conclusiones

Las percepciones de salud o enfermedad que tienen las mujeres en condición de desplazamiento, hace que ellas interactúen con diferentes alternativas para la preservación o recuperación de su estado de salud. Algunas hacen uso de la medicina tradicional como forma de satisfacer aquellas necesidades primarias en salud y en cuanto a los servicios asistenciales ofertados, recurren a ellos con el fin de prevenir algún padecimiento o para recuperar el bienestar individual o de sus familias ante una vivencia de enfermedad que las aqueja.

Para responder a las situaciones manifestadas en este artículo, las mujeres proponen que para mejorar el acceso a los servicios de salud, se debe trascender más allá de las políticas establecidas por el gobierno encargado, porque para la protección de los derechos es necesario que las reglamentaciones derivadas de estas sean conjuntamente coordinadas con la labor de entidades públicas, privadas y organizaciones sin ánimo de lucro con el fin de satisfacer las necesidades en salud, garantizar el acceso, disminuir

la inequidad y la desigualdad para lograr el desarrollo humano e integral de la mujer.

Se evidencia la necesidad de promover una atención integral en salud para las mujeres desplazadas, sin importar el régimen de afiliación y el lugar donde vivan, en el que el Estado provinee o regule el uso apropiado de los recursos económicos necesarios para un adecuado acceso a la salud basado en la perspectiva de género, orientada bajo los preceptos de igualdad y equidad, porque la atención en salud debe ser accesible para las personas desplazadas en lo relativo a la distancia de los centros hospitalarios, su capacidad económica y aspectos organizacionales y administrativos, de manera que favorezcan la atención y en ningún caso la limiten.

Todas estas observaciones pueden ser un reflejo del problema que atraviesa el sistema de salud, específicamente en el ámbito público, con un aumento de la demanda de atención y, al mismo tiempo, una disminución del presupuesto asignado para la población pobre del país, además del desconocimiento por parte del personal de las entidades de salud sobre las políticas y leyes que protegen a la población desplazada mediante una cobertura integral en salud.

Acorde a lo anterior, se puede decir que la calidad en la atención en salud debería estar fundamentada en un trato con dignidad y con un acceso integral, en la que se debe garantizar la capacidad de organización y participación de las mujeres desplazadas en conjunto con las autoridades locales, para lograr que se incluyan sus intereses y que estos sean convertidos en políticas públicas, con el fin de construir una atención en salud basada en el desarrollo humano de manera singular y desde sus múltiples dimensiones.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Estrategia de Sostenibilidad CODI 2014-2015 de la Universidad de Antioquia.

Referencias

- 1 Mogollón-Pérez AS, Vázquez-Navarrete ML. Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gac Sanit* [Internet]. 2006 Ago; 20 (4): 260-265. [Consultado 2015 Abr 06]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112006000400002&lng=es
- 2 Valdés-Urbe N. La Verdad del Desplazamiento Forzoso de Tierras. [Documentos en Internet]. [Consultado 2015 Abr 06]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/1104/53106505.pdf?sequence=3>
- 3 Mogollón-Pérez AS, Vázquez-Navarrete ML, García-Gil M. Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2003 Abr; 77 (2): 257-266. [Consultado 2015 Abr 07]. Disponible en:

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000200008&lng=es
- 4 García-Vargas MC. Desplazamiento e impactos en la Salud. [Internet]. [Consultado 2015 Abr 08]. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxi1_2.pdf.
- 5 Alcaraz-López GM, Ochoa-Marín SC, López-Torres ZA. Atención en salud a mujeres en situación de desplazamiento: Una mirada desde los prestadores de servicios sociales y de salud. *Index Enferm* [Internet]. 2012 Sep; 21(3): 155-159. [Consultado 2015 Abr 10] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000200010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000200010>.
- 6 Blumer H. *El Interaccionismo Simbólico, Perspectiva y Método*. Barcelona: Hora E editores; 1981.
- 7 Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002, pp. 11-13.
- 8 Asociación Médica Mundial (AMM). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos* [Internet]. [Consultado 2015 Abr 10]. Disponible en: http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf.
- 9 Colombia. Ministerio de Salud. Resolución n° 008430 de 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
- 10 Tobón O. El autocuidado una Habilidad para vivir. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* [Documento en Internet]. [Consultado 2014 Sep. 23]. Disponible en: http://promociosalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
- 11 Hernández-Bello A, Gutiérrez-Bonilla ML. Vulnerabilidad y exclusión: Condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá - Colombia, 2005. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2008; 7 (14): 145-176.
- 12 Simões K, Souza Filho E. Viviendo con una enfermedad crónica fatal: significados en una muestra brasileña. *Universitas Psychologica*. 2003; 12 (1):63-71.
- 13 Nunes-Baptista M, Garcia-Capitão C, Scortegagna S. Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. *Estud. Soc.* 2006; 15 (28): 150-151.
- 14 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Medicina Tradicional–Necesidades Crecientes y Potencial*. [Internet] [Consultado 2014 sep 23]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67296/1/WHO_EDM_2002.4_spa.pdf?ua=1
- 15 Melguizo-Herrera E, Álzate-Posada ML. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Av Enferm*. 2008; XXVI (1): 112-113.
- 16 Ibáñez A, Velásquez A. El impacto del desplazamiento forzado en Colombia: Condiciones Socioeconómicas de la población desplazada, vinculación a los mercados laborales y políticas públicas. [Internet]. [Consultado 2014 Sep. 23]. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/35022/sps145-Desplazamiento-Colombia.pdf>
- 17 Moreno-Gómez GA. La población desplazada y su derecho a la salud. *Investig. Andina. Investig. Andina*. [Internet]. 2010; 12 (20): 5-6. [Consultado 2014 Sep 25]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462010000100001
- 18 Comisión de Seguimiento a la Política Pública Sobre el Desplazamiento Forzado. *Proceso Nacional de Verificación de los Derechos de la Población Desplazada: V Informe de la Corte Constitucional*. [Internet]. [Consultado 2014 Sep 28]. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/fcea/posgrados_admon_salud/v_informe_comision_junio.pdf