

Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia

Factors affecting access to health care institutions by the internally displaced population in Colombia

Amparo Susana Mogollón-Pérez ¹
María Luisa Vázquez ²

Abstract

In Colombia, the on-going armed conflict causes displacement of thousands of persons that suffer its economic, social, and health consequences. Despite government regulatory efforts, displaced people still experience serious problems in securing access to health care. In order to analyze the institutional factors that affect access to health care by the internally displaced population, a qualitative, exploratory, and descriptive study was carried out by means of semi-structured individual interviews with a criterion sample of stakeholders (81). A narrative content analysis was performed, with mixed generation of categories and segmentation of data by themes and informants. Inadequate funding, providers' problems with reimbursement by insurers, and lack of clear definition as to coverage under the Social Security System in Health pose barriers to access to health care by the internally displaced population. Bureaucratic procedures, limited inter- and intra-sector coordination, and scarce available resources for public health service providers also affect access. Effective government action is required to ensure the right to health care for this population.

Displaced Persons; Access to Health Care; Health Services

¹ Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

² Servei d'Estudis i Prospectives en Politiques de Salut, Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona, España.

Correspondencia

A. S. Mogollón-Pérez
Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano,
Universidad del Rosario,
Carrera 24 # 63C-69,
Bogotá, Colombia.
susana_mogollon@hotmail.com

Introducción

El desplazamiento forzado, una de las principales consecuencias de la violencia en Colombia ^{1,2}, afectó entre 1985 y 2007 a 3.940.164 personas ³, aproximadamente un 9% de la población del país. Se consideran *desplazados* las personas obligadas a abandonar sus hogares y a migrar dentro del territorio nacional para evitar los efectos de un conflicto armado o la violación de sus derechos fundamentales ⁴. Generalmente, migran hacia las áreas urbanas, siendo Bogotá uno de los principales centros receptores de población desplazada en Colombia: sólo entre enero del 2000 y septiembre del 2003 llegaron 195.727 desplazados ⁵.

Una vez en la ciudad, su calidad de vida empeora, especialmente en la fase de transición – periodo transcurrido entre la búsqueda de un asentamiento temporal y el logro de su reubicación definitiva ⁶. Su precaria economía, debida a la pérdida de sus bienes de subsistencia y dificultades para insertarse en la vida laboral, los obliga a residir en ambientes de pobreza, hacinados en viviendas construidas con materiales de baja calidad, en zonas de alta contaminación ambiental, con déficit de servicios públicos y problemas para acceder a una alimentación adecuada. Todo ello la convierte en una población susceptible de desarrollar numerosos problemas de salud ^{7,8} y el acceso a los servicios de salud en una de sus principales necesidades ^{8,9,10}.

Ante esta situación, se promulgó la *Ley 387* de 1997 que promovía el respeto a los derechos civiles de la población desplazada y formulaba diversas estrategias para la atención a sus necesidades, entre ellas, el acceso a los servicios de salud a través de su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Posteriormente, esta normativa fue complementada con otras que promulgaban la no discriminación por su condición, el reconocimiento del impacto del desplazamiento y la regulación de la atención en salud ^{11,12,13}.

En Colombia, la población accede a la atención en salud mediante su afiliación al SGSSS que comprende dos regímenes: contributivo y subsidiado. Al contributivo pertenecen las personas con capacidad de pago – cuyas prestaciones se definen en el Plan Obligatorio de Salud (POS) – y al subsidiado las personas pobres definidas mediante el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) – con derecho al Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S). En 2003, se eliminó la encuesta SISBEN como requisito para la afiliación de la población desplazada, al SGSSS exigiéndose sólo su inscripción ante el Sistema Único de Registro (SUR) ¹²⁻¹³.

El régimen contributivo se financia con los aportes de los trabajadores y empleadores, en tanto que el régimen subsidiado lo hace a través de los recursos de las entidades territoriales: Sistema General de Participaciones, juegos de suerte y azar y rentas cedidas por los departamentos y distritos; del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA); 1,5% de las aportaciones del régimen contributivo, de los regímenes especiales y de excepción, así como transferencias del gobierno nacional; aportes de las cajas de compensación familiar y, finalmente, de otros aportes dados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.

La gestión del aseguramiento corre a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) para el régimen contributivo y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), que afilian, recaudan las cotizaciones y proporcionan servicios de salud a sus afiliados, directamente o mediante la contratación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Las IPS – organizadas según complejidad y de carácter público o privado – ofrecen atención en salud a afiliados de las EPS y ARS. Las IPS públicas (Empresas Sociales del Estado – ESE), además, prestan atención a la población no afiliada al SGSSS, denominados *vinculados*, que constituyen cerca del 40% ¹⁴ de la población desplazada. Muchas de las IPS, principalmente las públicas con autonomía de gestión, pero sin financiación garantizada, atraviesan dificultades financieras ¹⁵.

Aunque diversas normativas contemplan la atención en salud como derecho básico e intentan mejorar los procesos de afiliación de la población desplazada al SGSSS, el acceso de esta población a los servicios de salud sigue siendo limitado, relacionándose con diversos factores del sistema de salud y de la propia población ^{9,14}. Para profundizar en el análisis de esta situación, se diseñó una amplia investigación ¹⁶ sobre el acceso de la población desplazada a los servicios de salud para determinar el alcance de las políticas en salud y contribuir a mejorar la gestión institucional ^{17,18,19,20,21}. Se partió del modelo teórico de Aday & Andersen ¹⁸, que propone la evaluación del acceso potencial y real, a los servicios de salud, desde las políticas y del análisis comprehensivo de los factores relacionados con la oferta de los servicios de salud – financiación, organización, disponibilidad ^{17,18} – y con la población – factores predisponentes, necesidades, recursos de que disponen ²¹ –, que influyen en la interacción. Se adoptó un abordaje cualitativo porque permite aumentar la comprensión de la realidad en que se trabaja, mediante el abordaje de su complejidad desde diferentes subjetividades y profundizando en su significado a partir de pocos casos ^{22,23}. Los resultados relacionados con las características de la población desplazada se han publicado en otro artículo ¹⁰. El objetivo de este artículo es analizar, desde la perspectiva de los distintos actores involucrados, los factores institucionales que inciden en el acceso potencial de la población desplazada a los servicios de salud, con el fin de identificar elementos de mejora.

Sujetos y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, de tipo exploratorio y carácter fenomenológico, con el objetivo de captar el significado subjetivo sobre el objeto de estudio, el acceso a los servicios de salud de la población desplazada, a partir de la indagación de las opiniones y experiencias de los distintos actores sociales involucrados en el proceso ^{22,24,25,26,27,28}. El área de estudio estaba constituida por tres localidades de Bogotá (Colombia): Rafael Uribe Uribe, Ciudad Bolívar y Bosa, que concentran el 41% de la población desplazada que llega a la ciudad ⁵, principalmente en los barrios con mayor déficit de servicios públicos. El trabajo de campo se efectuó de marzo a diciembre de 2003.

Muestra

Como toda muestra cualitativa, es intencionada, razonada y reflexiva. Se diseñó una muestra teórica mediante la definición de contextos y perfiles que pudieran proporcionar información diferente y relevante a los objetivos del estudio^{22,23,24}. Para la selección de los contextos, instituciones prestadoras de servicios de salud, se aplicaron los criterios de ser de carácter público (ESE) y primer nivel de atención, por ser las primeras instancias de atención a la población vulnerable, y localizadas en zonas receptoras de población desplazada. Se seleccionó una ESE en cada localidad. Se definieron los perfiles de informantes que pudieran proporcionar discursos diferentes, por su posición frente al objeto de estudio, y relevantes: gestores, prestadores de servicios de las ESE y usuarios. Se consideró gestor a los coordinadores de áreas o instituciones involucrados en el desarrollo de programas de atención en salud para la población desplazada; prestadores de servicios (profesionales de la salud y personal administrativo) que atendían habitualmente a esta población; y usuarios, a personas en condición de desplazamiento en fase de transición que utilizaban las ESE seleccionadas y con asentamiento en las localidades de estudio. En la selección de usuarios se buscó la inclusión de ambos sexos y diversos grupos de edad, por la influencia de estos criterios en las opiniones y experiencias²⁸. El tamaño final de la muestra se obtuvo por saturación del discurso, es decir, se interrumpió cuando una nueva entrevista ya no produjo nuevos datos^{26,27}. Las características finales de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Se identificaron los gestores y prestadores de servicios de las ESE mediante carta a las instituciones seleccionadas solicitando el nombre y confirmación de cargos. La identificación de la población desplazada se realizó a través de los registros institucionales. Se utilizó la técnica de “bola de nieve o muestreo nominado”, es decir,

que los primeros informantes contribuyeron al contacto y ubicación de otros²⁷. Se les invitó a participar mediante visita personalizada, donde se presentaban los objetivos de la investigación, se solicitaba su consentimiento para participar en el estudio y se acordaban lugares y fechas para las entrevistas. Se entrevistó a gestores y prestadores de servicios en sus lugares de trabajo y a la población desplazada en sus hogares.

Técnica de recogida de datos

Dado que el estudio buscaba contrastar la percepción de distintos actores en relación con el acceso de la población desplazada a los servicios de salud, se obtuvieron los datos discursivos mediante entrevistas individuales semiestructuradas^{23,25,26}. Se realizaron a partir de un guión con temas comunes y algunos específicos por grupos de informantes, pero en el curso de la conversación se decidía cómo y cuándo formular las preguntas en función de las respuestas, profundizando según el interés. El guión abordaba las opiniones sobre las condiciones de aseguramiento de la población desplazada, la financiación de la atención, la capacidad de las instituciones para responder a las demandas de atención, los procedimientos establecidos para la prestación de los servicios en salud, la coordinación interinstitucional y la divulgación de las políticas de atención en salud. Las entrevistas, con una duración entre 60 y 90 minutos, fueron grabadas, transcritas literalmente y complementadas con notas de una observadora.

Análisis y calidad de los datos

Se realizó un análisis narrativo de contenido²⁶, centrado en el contenido manifiesto de la comunicación, es decir, expresado directamente. Los datos fueron segmentados por grupo de informantes (gestores, personal administrativo, profesionales de la salud y personas desplazadas)

Tabla 1

Composición final de la muestra de informantes.

Categoría	Hombres	Mujeres	Total
Gestores	4	6	10
Profesionales de la salud	8	17	25
Personal administrativo	5	13	18
Personas en condición de desplazamiento	16	12	28
Total	33	48	81

y temas. Se leyeron las transcripciones y se descompusieron los datos en unidades de significado, de manera manual. Posteriormente, se desarrollaron las categorías de análisis y se codificó de forma mixta, a partir de los guiones y de los temas emergentes de las entrevistas²⁹. Mediante anotaciones en el margen, se estableció un código descriptivo que atribuía un contenido a cada segmento del texto. Se agruparon los contenidos de cada entrevista según las categorías desarrolladas, estableciendo un patrón de datos. Se crearon subcategorías resultantes de la agrupación de respuestas similares y comparaciones constantes. Las categorías resultantes fueron las siguientes: financiación de la atención en salud, que hacía referencia a la definición de las fuentes de financiación y a la disposición de fondos para la atención en salud de la población desplazada, el aseguramiento en salud de la población desplazada, que comprendía la definición de los beneficiarios de la política, las prestaciones a las que tienen derecho, así como las condiciones de acceso a las mismas, los procedimientos administrativos para la atención, que incluyeron los trámites burocráticos impuestos por las políticas y las aseguradoras tanto a usuarios como a las IPS para la atención de la población desplazada, la capacidad de respuesta de las instituciones en términos tanto de la oferta de servicios como de la capacidad de infraestructura (organización en red, recursos físicos y humanos), la coordinación de esfuerzos para la prestación de servicios, analizada desde el desarrollo de acciones intra-sectoriales como intersectoriales y, finalmente, la divulgación de la políticas de atención, que comprendió el desarrollo de acciones dirigidas tanto a los prestadores de servicios como a la población desplazada.

Una vez fueron definidas las categorías, se clasificó la información por grupos de informantes, estableciendo semejanzas y diferencias²⁴. Para asegurar la calidad de los datos, en las entrevistas participaron una entrevistadora y una observadora. Se realizaron discusiones de los resultados con los informantes. Se trianguló la información, mediante comparaciones entre los grupos de informantes, la utilización de diferentes fuentes (informantes y documentos) y la intervención de dos investigadoras en el análisis con un buen conocimiento del contexto.

Resultados

La existencia de políticas que definen las condiciones de acceso al sistema de salud por parte de la población desplazada era considerada una oportunidad. No obstante, en los discursos de los

entrevistados emergieron numerosos factores limitantes del acceso a la atención, relacionados con la financiación, así como, las condiciones de aseguramiento y organización de la atención a la salud, incluyendo la coordinación intersectorial.

La financiación de la atención en salud

Gestores y prestadores de servicios identificaban problemas en relación con la financiación de la atención en salud para la población desplazada. Algunos prestadores de servicios consideraban que la falta de claridad en la definición de las fuentes de financiación para respaldar las políticas de atención de la población desplazada se erige como barrera para su implementación “*si no hay una entidad en el gobierno, que asegure que económicamente va a haber dinero, para que las diferentes entidades prestadoras de salud tengan los medios económicos para poder atender a esta población... no se van a poder cumplir las políticas*” (profesional de la salud).

Por su parte, los gestores manifestaban que las entidades territoriales (departamentos, municipios y distritos) enfrentan dificultades para disponer de fondos suficientes que les permitan garantizar el aseguramiento y posterior atención de la población desplazada. Situación que desde su perspectiva se hace más compleja por la existencia de una amplia proporción de población vulnerable, cuya afiliación las entidades territoriales no han logrado financiar: “*no hay plata para ampliar cobertura en el régimen subsidiado... a no ser que el municipio o el departamento con recursos propios, distintos a los destinados para la afiliación al régimen subsidiado quiera invertir para la afiliación de la población desplazada*” (gestor).

El aseguramiento en salud para la población desplazada

El aseguramiento en salud se analizó a partir de la definición de los beneficiarios, los servicios a los que tienen derecho y las condiciones establecidas para su acceso, situaciones que desde la visión de los distintos actores se constituyeron en importantes barreras para la atención.

Según la mayoría de los entrevistados, a nivel gubernamental no existe claridad en la definición de los criterios de selección de los beneficiarios de las políticas, generando la exclusión en la atención de un amplio número de personas desplazadas: “*han llegado casos de personas que a pesar de su condición no les han dado su certificación en la Red, en tanto que otras personas (...) se han hecho pasar por desplazados y han tenido más beneficios*” (gestor).

En el discurso de todos los grupos de informantes emerge la inequidad en la cobertura de la atención según los regímenes de la SGSSS a los que son adscritos los desplazados, como vinculados o subsidiados. Se destacan las diferencias existentes en los planes de beneficios, la obligatoriedad de efectuar un copago: *“hay muchas cosas que uno quiere hacer pero no están incluidos y muchas cosas que uno tiene que decirle al paciente le toca pagar como particular”* (profesional de la salud) y la restricción para ser atendidos únicamente en las IPS públicas con sus déficits estructurales *“...la población vulnerable de este país, queda expuesta al déficit estructural de las instituciones públicas...”* (gestor).

Procedimientos administrativos para la atención y disposición de la información

Los procedimientos burocráticos impuestos por las políticas y aseguradoras tanto a usuarios como a las IPS para la atención de la población desplazada fueron considerados una importante barrera al acceso.

En relación con los procedimientos de los desplazados para el logro de la atención, distintos entrevistados destacaron los trámites para certificar su condición de beneficiario de las políticas y la falta de agilidad en el cambio de aseguradora de los lugares de origen a los de recepción *“la Ley 387 exige una serie de trámites, que lo obligan a uno a ir de un lado para otro, para poder hacer la declaración... es una tramitología impresionante”* (desplazado).

En cuanto a las dificultades para las IPS, gestores y prestadores de servicios, indicaban la necesidad de tener que acreditar el tipo de servicios proporcionados a la población desplazada para el cobro de los mismos: *“...teníamos que soportar muy bien las cuentas y para nosotros era muy difícil tener que coincidir los diagnósticos para que fueran inherentes al desplazamiento”* (personal administrativo). La recuperación de los gastos empeoró cuando en su momento, las normativas determinaron el cobro a las entidades territoriales expulsoras: *“es muy difícil hacer el recobro al municipio expulsor, porque son municipios que andan en condiciones presupuestales supremamente precarias”* (gestor). Aspectos que, según este grupo de informantes, conllevaron a una restricción en la atención a este colectivo.

Estos aspectos se ven retroalimentados por las deficiencias en los sistemas de información del SGSSS, que surgen como factor que restringe la atención a las personas desplazadas, según gestores y personal administrativo. Al no contar con base de datos actualizadas que permitan contrastar la información proporcionada por los

desplazados sobre su afiliación con la de las propias IPS, se erige en barrera a la atención: *“tenemos que verificar que el paciente existe o no en la base de datos, si el paciente no existe en esa base de datos, entonces no se puede atender de la misma manera”* (personal administrativo).

Capacidad de respuesta de las instituciones

En relación con la capacidad de las ESE para responder a las demandas de atención, los entrevistados consideraron que ofrecían la cartera de servicios propia de su nivel, pero discrepaban en cuanto a la capacidad de infraestructura. El personal de salud describió la cartera de servicios correspondiente al nivel de responsabilidad de las instituciones, tanto en los servicios preventivos del Plan de Atención Básica (PAB) como de los servicios curativos del POS y POS-S.

En cuanto a la infraestructura, muchos gestores consideraban que la organización en red del Distrito permite que los centros se apoyen entre sí y den respuesta a las necesidades de atención de sus usuarios: *“el Distrito ha tenido capacidad de respuesta... si no existe dentro de la jurisdicción la infraestructura, pues está la red, que tiene que contratar con una institución que aunque no sea dentro de su jurisdicción, le pueda brindar los servicios requeridos”* (gestor). En cambio, algunos gestores y prestadores de servicios consideraban insuficiente la infraestructura por haber suscrito convenios con las ARS que desbordaban su capacidad de atención: *“la infraestructura se nos quedó corta... pues aumentó la contratación con el régimen subsidiado y los vinculados han permanecido como estables”* (gestor). Una gran parte de los profesionales de la salud concretaba esta limitación en el insuficiente personal disponible para cubrir las demandas de determinados servicios, en el déficit de camas disponibles y en el suministro de insumos en los centros de atención: *“los recursos que contamos, son pocos, tenemos 6 camas ahorita para toda la población, siempre es difícil pues viene otro paciente y le toca en una silla mientras se desocupa una cama”* (profesional de la salud).

Coordinación de esfuerzos para la prestación de servicios

Las opiniones sobre la coordinación interinstitucional se refirieron a dos niveles, uno relacionado con el trabajo intrasectorial y otro con el intersectorial, con posiciones diversas.

A nivel intrasectorial, los prestadores de servicios manifestaron problemas de coordinación de las ESE con las entidades de aseguramiento y también con otras IPS. Con las primeras, enunciaron dificultades de comunicación y proble-

mas para obtener la autorización de prestación de servicios o procedimientos diagnósticos o quirúrgicos: *“muchísima tramitología para que les puedan hacer una cirugía, para que les puedan hacer un examen especializado”* (profesional de la salud). En la coordinación con otras IPS, algunos entrevistados, principalmente gestores y personal administrativo, destacaron el trabajo en red de las ESE que permite la derivación de los usuarios a otros niveles de complejidad, agilizando los procesos de referencia y su atención. No obstante, referían límites en el sistema de contrarreferencia de las instituciones de mayor nivel de complejidad hacia las de primer nivel: *“uno envía a los hospitales de segundo o tercer nivel, pero ellos no contra refieren qué le hicieron al paciente”* (personal administrativo).

En relación con el cumplimiento de acciones a nivel intersectorial hubo controversias entre los informantes. Mientras algunos gestores destacaron el desarrollo de acciones conjuntas de las ESE con instituciones de otros sectores como el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), uniendo esfuerzos para responder a las necesidades de este colectivo, otro grupo, constituido por gestores y prestadores de servicios consideró limitado el desarrollo de acciones intersectoriales y el posible impacto de la acción gubernamental, debido al incremento de la población desplazada: *“el problema se desbordó. Nosotros perdimos mucha alianza con educación, con el ICBF, con los mismos municipios”* (gestor).

Divulgación de las políticas de atención en salud

Se encontraron diferencias de opinión tanto en las acciones desarrolladas hacia los prestadores de servicios como las dirigidas a la población desplazada para la divulgación de las políticas y el consiguiente conocimiento. Algunos gestores y parte del personal administrativo referían acciones desarrolladas por los entes gubernamentales para capacitar al personal de las ESE sobre la respuesta estatal al problema del desplazamiento. No obstante, gestores y prestadores de servicios consideraban que los trabajadores de muchas instituciones desconocían las políticas y destacaban diversos problemas en su divulgación: demoras en el suministro de información, falta de soporte técnico y seguimiento a los procesos desarrollados por las ESE desde las instancias gubernamentales y focalización de información al personal administrativo.

En relación con las acciones desarrolladas hacia las personas desplazadas, tanto prestadores

de servicios como desplazados, las consideraron insuficientes y, en ocasiones, nulas: *“los programas establecidos por las instituciones gubernamentales para atender el tema del desplazamiento forzoso no son muy difundidos y no llegan a la mayoría de las personas”* (desplazado). Algunos gestores manifestaron que las IPS evitan la divulgación masiva de los servicios ofertados para prevenir un incremento en la utilización de los servicios de la población desplazada: *“nosotros no generamos una publicidad masiva de atención a desplazados, sino que si llegan los atendemos, no los rechazamos (...). Pero tampoco estimulamos que haya una utilización masiva por parte de desplazados”*.

Discusión

El acceso potencial a los servicios de salud emerge como un problema para la población desplazada en Colombia, desde el punto de vista de los actores involucrados, en cuyo discurso se identifican numerosos factores institucionales que lo limitan, en gran parte relacionados con las características del sistema de salud. Se aprecian coincidencias, pero también diferencias en los discursos en cuanto a la importancia o énfasis colocado en los factores que influyen en el acceso. Mientras en el discurso de gerentes y personal administrativo se aprecian algunos aspectos favorables, en el de los profesionales de la salud y usuarios, se destacan más las barreras, reflejando experiencias personales, que en el caso de éstos últimos se refieren al esfuerzo por dar respuesta directa a los problemas de salud.

Un aspecto crítico que emerge de las opiniones de gestores y prestadores de servicios es la financiación de la atención a la población desplazada no asegurada. Las políticas basan fundamentalmente el acceso a los servicios en la afiliación de la población desplazada al SGSSS, pero sin garantizar la movilización de recursos adicionales³⁰. Este resultado parece indicar que el acceso de la población desplazada no afiliada al sistema se enfrenta a los problemas del régimen subsidiado, cuyos recursos dependen del recaudo de impuestos por parte de la nación, del número de afiliados al régimen contributivo y la evasión de aportes al SGSSS^{31,32}.

A su vez, los mecanismos introducidos por las entidades aseguradoras para que las IPS recuperen los gastos, emergen como una importante barrera a nivel de los proveedores, que evitaban prestar atención a la población desplazada no asegurada por el riesgo de no recuperar los gastos. En el sistema de salud actual, que ha privatizado la gestión del aseguramiento y en parte la provi-

sión de la atención, se promueve la competencia entre aseguradoras y proveedores y se ha fomentado la autonomía de gestión de los proveedores, sin garantizar su financiación. Las aseguradoras están incentivadas a limitar los gastos para maximizar sus beneficios y procuran demorar o evitar los pagos, colocando a las IPS en riesgo de supervivencia financiera^{33,34,35}. Los resultados parecen revelar un esfuerzo desde las ESE de primer nivel para dar cumplimiento a las políticas de atención en salud de la población desplazada, pero condicionando su respuesta. Seguramente es debido a que, para garantizar su funcionamiento, se enfrentan a la necesidad de mantener un equilibrio entre su déficit presupuestario y su generación de ingresos, y por tanto han de anteponer su viabilidad económica a la responsabilidad social, ya que desde la reforma del sistema de salud, muchas IPS de titularidad pública, con desventajas frente a las IPS privadas – en términos de planeación y gestión financiera, de infraestructura y recursos humanos – han tenido que cerrar^{15,36}. La escasa divulgación de la política a la población desplazada que los actores institucionales atribuyen a la dificultad de compensar los costos de la atención, también refleja la centralidad de las finanzas en el quehacer de las instituciones. Esta situación, que debería contribuir a mejorar la eficiencia y efectividad del sistema, parece aumentar las barreras de acceso a los servicios de salud para la población vulnerable del país, que abarca a la población del régimen subsidiado y, en mayor medida, a los vinculados, muchos de ellos desplazados, que por disposiciones de las políticas se constituyen en los principales usuarios de los hospitales públicos.

Los requisitos que deben completar y, entre ellos, la exigencia de la declaración de la condición de desplazado son considerados por la gran mayoría de informantes, pero principalmente por los usuarios, como un factor limitante del acceso a los servicios de salud. Se podría decir que la presencia de numerosos trámites, que parecen ser una característica inherente a las políticas que garantizan la atención en salud de la población desplazada^{14,37}, se constituye, al mismo tiempo, en una importante barrera para su implementación. Además, para las personas previamente afiliadas al SGSSS, se identifican barreras del propio sistema, es decir, con un traslado de documentación complejo y demorado que puede, incluso, concluir con la pérdida de la afiliación al migrar de un municipio a otro, por no existir los mecanismos para que las aseguradoras garanticen la atención en cualquier lugar del territorio nacional¹⁴.

En la descripción de los servicios ofrecidos por las ESE no emergen acciones específicas ha-

cia grupos más vulnerados por el desplazamiento, adicionales a los contemplados dentro del PAB y del POS de este nivel, a pesar de las diversas normativas que promueven el desarrollo de estos programas^{6,12,38,39}. Entre las causas se podría considerar que las instituciones sigan manteniendo modelos habituales de asistencia en salud, sin tener en cuenta las heterogeneidades y necesidades específicas de la población desplazada, como sugieren algunos autores^{40,41}, pero, posiblemente se deba a que las aseguradoras no garantizan las actividades no contempladas en los planes obligatorios de salud.

Otro factor institucional que influye en el acceso de la población desplazada a las ESE es la divulgación de la información a prestadores de servicios y usuarios. Los resultados señalan una limitada entrega de la información desde instancias superiores y a determinados prestadores, de acuerdo con sus funciones dentro de la institución, lo que cuestiona el papel desempeñado por el gobierno y las instituciones en la divulgación de las políticas y, que como indican algunos autores, contribuye a retrasos en el acceso a los servicios⁴².

La inexistencia de un adecuado intercambio de información y de una actualización de las bases de datos existentes, aspectos descritos en otros estudios^{42,43}, es percibida como una importante barrera para la atención oportuna de la población desplazada. Pero, además, parece ser uno de los factores que más influyen en la coordinación institucional en el sector salud. Así, las dificultades para contar con una base de datos actualizada que refleje la situación de afiliación al SGSSS y la inscripción en el SUR, se traducirían en importantes problemas para identificar la entidad responsable del aseguramiento, adscribir los usuarios a las ARS y facturar los servicios.

En relación a la coordinación intersectorial, gestores y prestadores de servicios percibían una falta de coordinación entre las distintas instancias, que atribuían al incremento de la población desplazada. Diversos autores lo atribuyen, por el contrario, a la existencia de un elevado número de instituciones involucradas en el manejo del desplazamiento forzado⁴⁴, con dispersión de competencias y una ausencia de evaluación³⁷. A estos factores, se podría añadir que el interés por garantizar la sostenibilidad financiera de sus instituciones ha llevado al sector salud a abandonar el trabajo intersectorial y perder oportunidades de atención de otros sectores hacia esta población.

Conclusión

Los resultados de este estudio identifican numerosos factores que desde las instituciones limitan el acceso a los servicios de salud e incrementan la condición de exclusión social de la población desplazada, a pesar de los esfuerzos normativos por favorecer su atención dentro del SGSSS. Precisamente, muchas de las dificultades parecen derivadas de las características intrínsecas del sistema que parte de desigualdades en las prestaciones garantizadas a los diferentes regímenes, una compleja administración, que sitúa los pro-

blemas financieros como una de las principales limitantes para el cumplimiento de la misión social de las ESE, que incide de la provisión de la atención. El exceso de trámites para la atención, refleja la rigurosidad del sistema para la implementación de las políticas. Circunstancias que, por un lado, cuestionan el enfoque actual del sistema de salud en Colombia y, por otro, merecen una acción gubernamental decidida que garantice el cumplimiento del derecho a la salud y proporcione apoyo a las IPS de carácter público para hacer efectiva la atención en salud a la población más vulnerable del país.

Resumen

En Colombia, el desplazamiento por conflicto armado genera importantes repercusiones económicas y sociales, que afectan, entre otros, a la salud. A pesar de los esfuerzos normativos, el acceso a los servicios de salud de la población desplazada es limitado. Con el objetivo de analizar los factores que desde las instituciones inciden en el acceso potencial de la población desplazada a los servicios de salud, se desarrolló un estudio cualitativo descriptivo, exploratorio, mediante 81 entrevistas individuales semiestructuradas a actores principales. Una insuficiente financiación y dificultades de los proveedores para recibir el pago de las aseguradoras, junto a las indefiniciones y límites del aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, son las principales barreras al acceso a la atención en salud de la población desplazada. Acceso que también se ve afectado por los numerosos procedimientos establecidos para la atención, la escasa coordinación inter e intrasectorial y los limitados recursos de las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público. Se requiere una acción gubernamental efectiva que garantice el derecho a la salud en este colectivo.

Personas Desplazadas; Acceso a la Atención de Salud; Servicios de Salud

Colaboradores

A. S. Mogollón-Pérez es la investigadora principal. M. L. Vázquez realizó la dirección metodológica. Ambas autoras han participado en el diseño, el análisis de los datos y redacción del artículo.

Agradecimientos

A gestores, prestadores de servicios y personas desplazadas, que participaron en el estudio, así como a la Universidad del Rosario, por el apoyo para su realización.

Referencias

- Garfield R, Llanten CP. The public health context of violence in Colombia. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 16:266-71.
- Franco S. International dimensions of Colombian violence. *Int J Health Serv* 2000; 30:163-85.
- Internal Displacement Monitoring Centre. Almost 4 million Colombians displaced by violence between 1985 and 2007. [http://www.internal-displacement.org/idmc/website/countries.nsf/\(httpEnvelopes\)/CC05B30C4C94EC96802570B8005A7090?OpenDocument](http://www.internal-displacement.org/idmc/website/countries.nsf/(httpEnvelopes)/CC05B30C4C94EC96802570B8005A7090?OpenDocument) (accedido el 03/Jul/2007).
- Human Rights Watch. Colombia: guerra sin cuartel. Colombia y el derecho internacional humanitario. New York: Human Rights Watch; 1998.
- Secretaría de Hacienda Distrital. Diagnóstico, políticas y acciones en relación con el desplazamiento forzado hacia Bogotá. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2004.
- Departamento Nacional de Planeación. Plan de acción para la prevención y atención del desplazamiento forzado. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 1999. (Documento CONPES, 3057).
- Cáceres D, Izquierdo V, Mantilla L, Jara J, Velandia M. Epidemiologic profile of the population displaced by the internal armed conflict of the country in a neighborhood in Cartagena, Colombia, 2000. *Biomédica* 2002; 22 Suppl 2:425-44.
- Mogollón AS, Vázquez ML, García MM. Necesidades en salud percibidas por la población desplazada por conflicto armado en Bogotá, Colombia. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77:257-66.
- Hernández A, Vega R. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia de intervención en atención primaria en salud y promoción de la salud para la población desplazada, pobre y vulnerable de la zona sur oriental de Cartagena. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2003; 5:78-106.
- Mogollón AS, Vázquez ML. Características de la población desplazada que inciden en el acceso a los servicios de salud. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2006; 5:96-110.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 59. Por el cual se declara como evento catastrófico el desplazamiento masivo de población por causa de la violencia y se adoptan otras medidas relacionadas. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 1997.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 244. Por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 2003.
- Ministerio de Protección Social. Decreto 2131. Por el cual se reglamenta el numeral 4º del artículo 19 de la Ley 387 de 1997, el último inciso del artículo 54 de la Ley 812 de 2003 frente a la atención en salud de la población desplazada por la violencia y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2003.
- González M. Desterrados: el desplazamiento forzado en Colombia. <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/msf/informedesplazados.htm> (accedido el 21/Jul/2003).
- Tono T, Samper B, Guerrero S, Castañeda L. Los hospitales colombianos en el contexto de Latinoamérica y el Caribe. Bogotá: Fundación Corona; 2002.
- Mogollón AS. 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 [Tesis de Doctorado]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2005.
- Andersen R. Health status indices and access to medical care. *Am J Public Health* 1978; 68:458-63.
- Aday LA, Andersen RM. Theoretical framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1993; 9:208-22.
- Weiner J, Starfield B. Measurement of the primary care roles of office-based physician. *Am J Public Health* 1983; 73:666-71.
- Gold M. The concept of access and managed care. *Health Serv Res* 1998; 33:625-52.
- Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19:127-40.
- Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis; 2000.
- Vázquez ML, Silva MRF, Mogollón AS, Fernández-Sanmamed MJ, Delgado ME. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Bellaterra: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona; 2006.
- Patton C, Sawicki D. Basic methods of policy analysis and planning. 2nd Ed. New Jersey: Prentice Hall; 1993.
- Taylor J, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1998.
- Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. London: Sage Publications; 1994.
- Marshall C, Rossman GB. Designing qualitative research. Newbury Park: Sage; 1990.
- Mogollón AS, Vázquez ML. Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gac Sanit* 2006; 20:260-5.
- De Andrés J. El análisis de estudios cualitativos. *Aten Primaria* 2000; 25:42-6.
- Quintana S. El acceso a los servicios de salud en Colombia 2002. <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/msf/accesosaludcol.htm> (accedido el 10/Mar/2003).
- Arévalo D, Martínez F, editores. ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado. Bogotá: Unibiblos; 2002.
- Peñaloza E, Henao E. Régimen subsidiado de salud en Colombia: evaluación y propuestas de ajuste. Bogotá: Fundación Corona; 2002.

33. Mesa de Trabajo de Bogotá sobre Desplazamiento Interno. Las personas desplazadas tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/mencoldes/08/index.html> (accedido el 15/Oct/2004).
34. Prada L. Aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado e impacto en los prestadores de servicios. *Rev Salud Pública* 2004; 6:1-27.
35. Vargas I, Vázquez ML, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:927-37.
36. Hernández A, Vega R. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2001; 1:48-73.
37. Grupo Dial. Desplazamiento forzado: tendencias, respuesta estatal y nuevos desafíos. <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/dial/index.htm> (accedido el 22/Sep/2004).
38. Ministerio del Interior. Decreto 173. Por el cual se adopta el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la violencia. Bogotá: Ministerio del Interior; 1998.
39. Ministerio del Interior. Decreto 2569. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 387 de 1997 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio del Interior; 2000.
40. Naciones Unidas. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en Colombia. http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/informes/altocomisionado/Informe2003_esp.doc (accedido el 27/Abr/2004).
41. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. Codhes Informa nº. 39. Bogotá: Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento; 2001.
42. Fundación Menonita Colombiana para el Desarrollo. Mesa de trabajo de Bogotá sobre desplazamiento interno. Bogotá: Editorial Códice Ltda.; 2003.
43. Red de Solidaridad Social. Plan estratégico para el manejo del desplazamiento interno forzado por el conflicto armado. Bogotá: Red de Solidaridad Social; 1999.
44. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Proyecto Bogotá ¿cómo vamos? La población desplazada por la violencia en Bogotá. Una responsabilidad de todos. Bogotá: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; 2003.

Recibido el 05/Mar/2007

Versión final presentada el 28/Sep/2007

Aprobado el 05/Oct/2007