

Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia

Perceptions of the population in condition of forced displacement about health care service in some municipalities of Colombia

Germán A. Moreno G¹; Juan C. Monsalve B²; Diomedes Tabima G³; Julia I. Escobar M⁴.

¹ Médico cirujano, magister en epidemiología clínica. Director del Departamento de Medicina Comunitaria de la Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia. Correo electrónico: gamo@telmex.net.co

² Odontólogo, especialista en administración de servicios de salud, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia. Correo electrónico: braulio@une.net.co

³ Médico cirujano, especialista en administración de servicios de salud, director del programa de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia. Correo electrónico: diomedes.tabima@gmail.com

⁴ Bacterióloga, magister en epidemiología, epidemióloga de la Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira, docente de la Universidad Libre, Pereira, Colombia. Correo electrónico: juliaines83@gmail.com

Recibido: 31 de octubre de 2008. Aprobado: 16 de julio de 2009

Moreno GA, Monsalve JC, Tabima D, Escobar JI. *Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia.* Rev Fac Nac Salud Pública 2009;27(2): 131-141.

Resumen

Objetivo: describir las apreciaciones que tiene la población en condición de desplazamiento forzado sobre los atributos de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integridad y calidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Metodología: a una muestra de afijación proporcional según la cantidad de población desplazada, asentada en los municipios de Soacha, Cali y Pereira, se administró un instrumento con escalas tipo Likert. Se obtuvieron medianas para calificar los atributos del servicio recibidos por la población. **Resultados:** el aseguramiento al régimen subsidiado ascendió de 38 a 69,4% después del desplazamiento. Se detectaron limitaciones en la accesibilidad por cobro de los servicios de salud (26,7%)

y negación del servicio por la ausencia de contratos (14,4%). El 75,1% de los usuarios declararon que no se dio solución a sus necesidades de salud. La menor calificación la obtuvo la oportunidad, reflejada en el tiempo para la búsqueda de la cita para la consulta especializada y el tiempo de espera en urgencias, percibidos como muy largos. **Conclusiones:** Las apreciaciones de los desplazados sobre los servicios de salud fueron parcialmente satisfactorias, salvo en la oportunidad. Se evidencia un esfuerzo del sistema de salud por garantizar la afiliación de esta población al régimen subsidiado.

-----*Palabras clave:* desplazamiento, accesibilidad, calidad de la atención

Abstract

Objective: To describe the findings that the population has in conditions of forced displacement on the attributes of accessibility, timeliness, continuity, integrity and warmth of the institutions providing health services. **Methodology:** the proportional sample was calculated and then the questionnaire was applied to displaced population living in three Colombian cities: Soacha, Cali and Pereira. A Likert scales questionnaire was designed. Medians were calculated to rate the health care attributes of the service provided. **Results:** subsidized insurance scheme rose from 38 to 69.4% after displacement. Limitations were found in the collection accessibility of health

services (26.7%) and denial of service by the lack of contracts (14.4%). 75.1% of users stated that there was a solution to their health needs. The lower the grade got the opportunity, as reflected in the time for seeking an appointment for specialist consultation and waiting times in emergency care are perceived as too long. **Conclusions:** The findings of the displaced on the health services were partially satisfactory, except in the opportunity. There is evidence of an effort to ensure the health of this population affiliation to the subsidized regime.

-----*Key words:* displacement, accessibility, service quality

Introducción

La migración interna en Colombia, fenómeno de estrecha relación con la violencia política que surge a finales de la primera mitad del siglo pasado, se ha complejizado por la suma de otros actores en el conflicto, experimentando una tendencia creciente en los últimos años, tanto en el número de personas desplazadas como en los departamentos receptores de esta población.¹⁻³ Con mayor intensidad en la última década, el crecimiento de este fenómeno lo ha convertido en un problema social de tal magnitud, que ha requerido del Estado la expedición de normatividad al respecto; para el año 1997 se promulga la primera ley que legaliza la situación de la víctima de desplazamiento forzoso en Colombia.⁴⁻⁶

En enero de 2004, la Corte Constitucional falló colectivamente más de 100 acciones de tutela instauradas por personas en condición de desplazamiento, tras considerar que había una brecha entre la ley y la realidad de miles de desplazados en cuanto al goce efectivo de sus derechos, entre estos el derecho a la salud.⁷⁻⁹ Desde entonces, la Corte Constitucional ha exhortado al Ministerio de la Protección Social a informar sobre las condiciones reales de atención en salud que reciben estos colombianos y a generar y utilizar indicadores que permitan monitorear el cumplimiento de la norma. Como responsable de garantizar el acceso a los servicios de salud a la población desplazada, y en aras de cumplir la exigencia de la Corte Constitucional, el Ministerio de la Protección Social estableció una alianza estratégica con la Universidad Tecnológica de Pereira, con el objetivo de precisar, entre otros compromisos, la apreciación que tenía esta población sobre la atención recibida en las instituciones de salud.

De otro lado, poder definir la situación de atención a esta población es, desde el punto de vista de la salud pública, una necesidad apremiante, teniendo en cuenta la afectación de la calidad de vida de los desplazados por la pérdida de vínculos familiares y sociales, sumado a la carga socioambiental en el sitio receptor, que vulnera su salud física y mental.^{10, 11}

Según solicitud expresa del Ministerio de la Protección Social, se definieron los siguientes atributos de la atención para ser evaluados y concertados: la accesibilidad (posibilidad de entrar en contacto con los servicios de salud, mediada por condiciones geográficas, económicas, organizacionales y culturales), la oportunidad (capacidad de satisfacer al usuario en el momento en que requiere el servicio), la continuidad (realización de las actividades en la secuencia apropiada y sin interrupción), la integralidad (capacidad de resolver todas las necesidades en salud del usuario en términos de promoción, prevención, atención y rehabilitación) y la calidez (conjunto de actitudes, procedimientos y situaciones presentes durante el acto asistencial, que movilizan emociones positivas en los usuarios).

Metodología

Se realizó una investigación de tipo cuantitativo que describe las apreciaciones que sobre la atención impartida por las instituciones de salud de su área de influencia tiene la población en situación de desplazamiento, asentada en el municipio de Soacha, en el distrito capital; el distrito de Aguablanca, en la ciudad de Cali, y la comuna Villa Santana del municipio de Pereira.

Como población para la selección de la muestra, se tomó la base de datos del sistema único de registro de la Red de Solidaridad Social, entidad gubernamental que acopia las familias desplazadas que presentan declaración ante las entidades del ministerio público facultadas para esta diligencia.¹²

Con base en una población de 79.801 familias desplazadas, se calculó una muestra aleatoria de afijación proporcional, según la cantidad de familias en condición de desplazamiento en cada uno de los asentamientos, con un nivel de confianza de 95% y máximo error tolerable de 5%, y se obtuvo el siguiente número por localidad: Soacha, 99 (25,7%); Aguablanca, 196 (50,9%) y Villa Santana, 90 (23,3%), para un total de 385 sujetos.

Se diseñó un instrumento para registrar las apreciaciones de los desplazados frente a la accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y calidez del servicio recibido. Para garantizar la calidad de la información recolectada, el equipo operativo (trabajadora social, fonoaudióloga o pedagoga y encuestadores) fue capacitado y estandarizado en la aplicación de los instrumentos y puesto a prueba previamente en un grupo organizado de desplazados asentados en el municipio de Santa Rosa de Cabal. El instrumento fue aplicado con el previo consentimiento informado del jefe del hogar. Se garantizó la privacidad de los participantes a través de la codificación de las encuestas.

La información se procesó en el programa SPSS 13.0.[®] Se realizó un análisis univariado, calculando proporciones para cada una de las variables categóricas y medidas de rango, media, mediana y desviación estándar para las variables cuantitativas.

Desde el diseño y elaboración del instrumento, se construyeron variables con escalas de nivel ordinal tipo Likert y se obtuvieron medianas para cada una de las variables independientes y medianas resumen para los grupos de variables que midieron los atributos del servicio.¹³

Resultados

Descripción de la población

Se administraron 382 encuestas (tasa de respuesta de 99,2%) en los tres municipios, distribuidas así: 195 (51%) en Cali, 97 (25,4%) en Pereira y 90 (23,6%) en Soacha. El 79% de las encuestas fueron respondidas por

mujeres, con una media de edad de 39,5 y un promedio de años de estudio de 4,5.

La pirámide poblacional del grupo familiar de los desplazados presentó configuración de tipo expansivo, es decir, con un predominio de personas en edades jóvenes, especialmente menores, y de mujeres (figura 1). El promedio de 5,1 personas por familia mostró que se trataba de familias con un alto número de integrantes.

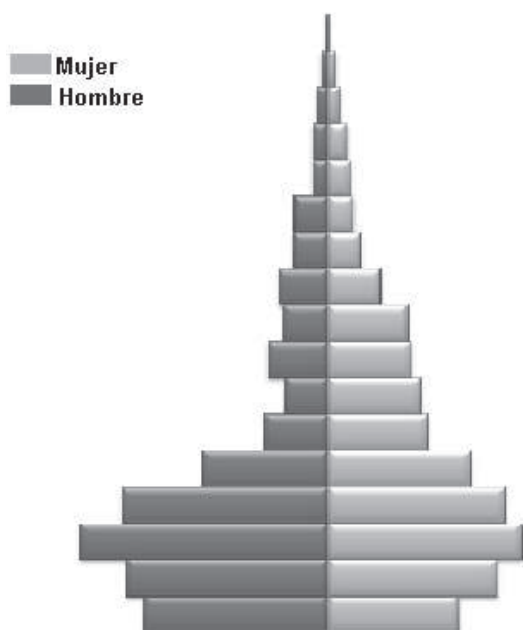


Figura 1. Pirámide poblacional de los desplazados

Red de atención

La población participante en el estudio estaba ubicada en el área de influencia de la red de servicios de salud del respectivo municipio. Se evaluaron en cada localidad tres instituciones, una por nivel de atención (del primero al tercero). Ocho fueron entidades públicas y solo una, en la localidad de Soacha, era de carácter privado.

Los desplazados y su conocimiento de la normatividad

Algunas de las principales normas que sustentan los derechos del desplazado son desconocidas por gran número de personas, lo que indica la escasa divulgación de la normatividad entre esta población. Por ejemplo, el decreto 250 de 2005, que garantiza el derecho a la salud para la población desplazada, solo era conocido por una cuarta parte de los encuestados, mientras que el decreto 173 de 1998, que define la atención integral, y el acuerdo 59 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que declara el desplazamiento como un evento catastrófico, eran conocidos por el 10,7% (41) y el 11,8% (45), respectivamente.¹⁴⁻¹⁶

Aseguramiento

Solo el 4,2% (16) de los 382 encuestados reportó estar afiliado previamente al régimen contributivo, es decir, tenían una situación económica derivada de la inserción en el aparato productivo de alguno de los miembros de la familia, que les permitía acceder a los servicios de salud. La situación se modifica negativamente después del desplazamiento, de tal manera que apenas 2 (0,5%) reportaron tener afiliación al régimen contributivo (figura 2).

La condición de pobreza y dependencia del Estado para servicios de salud, era notoria antes del desplazamiento forzado, tal como lo refleja el hecho de que 38% (145) de la población encuestada pertenecía al régimen subsidiado en salud. A esto se suma que 221 individuos (57,9%) no estaban afiliados a ninguno de los regímenes. Luego del desplazamiento, la afiliación a este régimen pasó del 38 a 69,4%, cifras que se acompañan con el porcentaje de no afiliación, que pasó de 57,9 a 29,6%.

Utilización de servicios de salud

Cerca de la totalidad de los encuestados, 99,7% (381) declaró que algún miembro de la familia tuvo necesidad de servicios de salud; de estos, 99,5% (379) acudió a los servicios de salud en busca de atención, de los cuales 98,2% (372) fueron atendidos. Los principales servicios utilizados fueron la consulta externa (362 encuestados, 97,3%), la farmacia (79,7%) y las urgencias (72,8%) (figura 3).

Tanto el servicio de salud mental (11,2%) como el de rehabilitación (2,4%), presentaron muy bajos reportes de utilización, pero llamó la atención la frecuencia relativamente alta de uso (55,5%) de los servicios de promoción y prevención.

Apreciaciones de los desplazados sobre los servicios de salud

Accesibilidad geográfica

De los 381 encuestados que manifestaron necesidad de servicios de salud, el 78,2% (298) dijo necesitar transporte para acudir a los servicios de salud, con el vehículo automotor como el más utilizado (89,6%). En relación con las distancias, 52,6% (201) manifestó que la institución de salud le quedaba lejos o muy lejos y 33,0% (126) calificó como mucho el tiempo de traslado (tabla 1).

Accesibilidad económica

Las dificultades económicas más frecuentes para acceder a los servicios, reportadas por los 381 encuestados, se relacionaron con el pago del transporte en un 77% (293) y con el cobro por parte de las instituciones, en 26,7% (102). Esta última limitó el acceso a la atención a 84,6% de las personas. Un total de 14,4% (55) de usuarios desplazados declaró haber tenido dificultades para acceder a los servicios dada la falta de contratos vigentes entre las instituciones y las autoridades territoriales.

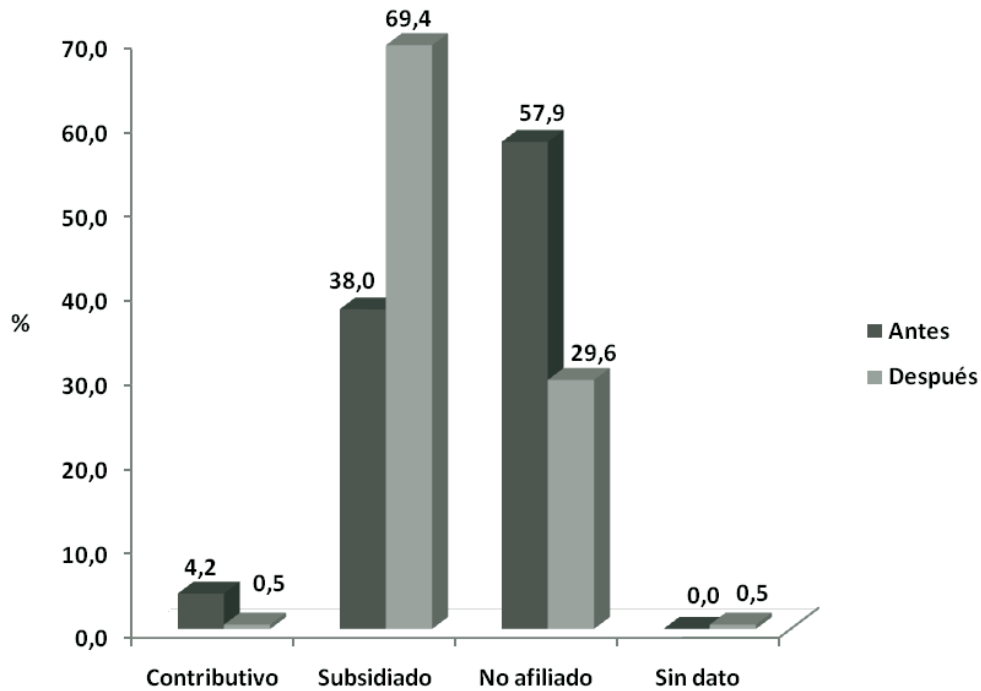


Figura 2. Aseguramiento de los encuestados antes y después de la situación de desplazamiento

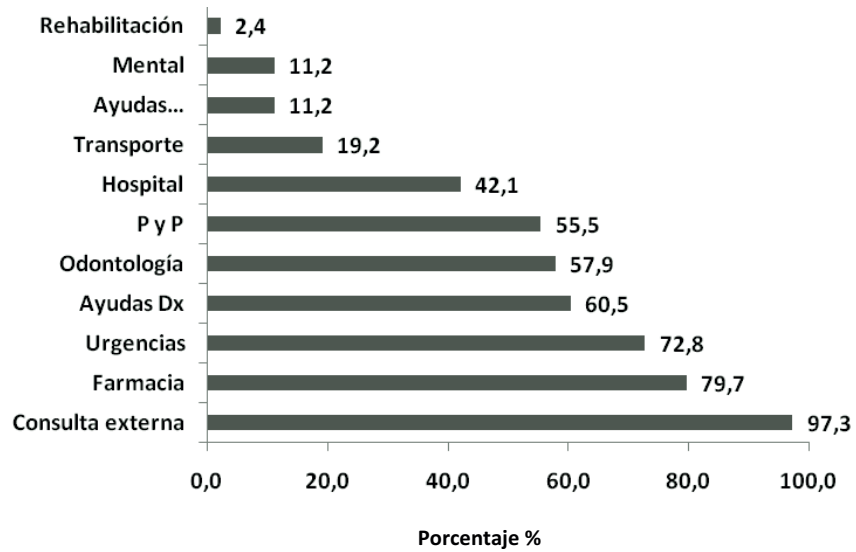


Figura 3. Frecuencia de utilización de los servicios en las instituciones de salud por parte de los desplazados

Accesibilidad organizacional

Apenas 7,1% de los 381 encuestados con necesidad de servicios manifestó haber tenido limitaciones o negación de la prestación del servicio por causas atribuibles a la carencia de recurso humano. En el mismo sentido,

6% (23) lo atribuyó a la falta de equipos; 4,7% (18), a la escasez de materiales y 18,6% (71), a la falta de medicamentos. En relación con los trámites para ser atendidos, 26,2% los catalogaron como muchos; 67,5%, como normales y 6%, como pocos. Referente a los horarios

Tabla 1. Apreciaciones de los desplazados sobre la accesibilidad al servicio de salud

| Tipo | Variable | Porcentaje de respuestas según categoría | | | | |
|--|--|--|-----------|-----------|---------|-------|
| | | Económica | Horarios | Otra | Ninguna | |
| Geográfica | Dificultades en el uso del transporte | 79,6 | | | 20,4 | |
| | | Muy lejos | Lejos | Normal | Cerca | |
| | Distancia desde la residencia a la institución de salud | 19,1 | 33,5 | 30,9 | 16,5 | |
| | | Mucho | normal | Poco | | |
| | Tiempo desde su residencia a la institución de salud | 33,0 | 56,5 | 10,5 | | |
| | | | | | | |
| Económica | Cobro por los servicios de salud | Sí | | No | | |
| | | 26,7 | | 72,8 | | |
| | Dificultad para utilizar el servicio por cobro | Sí | | No | | |
| | | 89,4 | | 10,6 | | |
| | Negación de la atención aduciendo falta de contrato | Sí | | No | | |
| | | 14,4 | | 85,6 | | |
| Organizacional | Negación o limitación de la atención por falta de recurso humano | Sí | | No | | |
| | | 7,1 | | 92,9 | | |
| | Negación o limitación de la atención por falta de equipo | Sí | | No | | |
| | | 6,0 | | 94,0 | | |
| | Negación o limitación de la atención por falta de materiales | Sí | | No | | |
| | | 4,7 | | 95,3 | | |
| | Negación o limitación de la atención por falta de medicamentos | Sí | | No | | |
| | | 18,6 | | 81,4 | | |
| | | Número de trámites para ser atendido | Muchos | Normales | Pocos | |
| | | | 26,2 | 67,5 | 6,0 | |
| | | Tiempo de espera para ser atendido | Muy largo | Largo | Normal | Corto |
| | | | 26,2 | 41,1 | 29,8 | 2,9 |
| Horarios de atención en los servicios ambulatorios de la institución | | Inadecuados | | Adecuados | | |
| | | 19,3 | | 80,7 | | |
| Horarios de atención en hospitalización | | Inadecuados | | Adecuados | | |
| | | 18,0 | | 82,0 | | |

de atención en los servicios ambulatorios y hospitalización, 80,7 y 82%, respectivamente, los calificaron como adecuados según sus necesidades.

Oportunidad

Los 379 encuestados que acudieron a los servicios manifestaron tardanzas, así: entre la solicitud de la cita y la cita, 75,4% (286); entre la cita y la atención, 58,7%

(223), y para la consulta especializada, 65,6% (247); en cuanto al tiempo de espera en la institución, 42,8% reportó demoras para la atención en consulta externa, mientras que 61,6% lo hizo para urgencias (tabla 2).

Continuidad

En la consulta externa la continuidad se apreció muy afectada. De 362 encuestados, la fase de preconsulta

Tabla 2. Apreciaciones de los desplazados sobre la oportunidad del servicio

| Variable | Porcentaje de respuestas según categoría | | | |
|--|--|-------|--------|-------|
| | Muy largo | Largo | Normal | Corto |
| Tiempo transcurrido para la solicitud de la cita | 26,2 | 49,2 | 21,4 | 3,2 |
| Tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la atención | 22,7 | 36,0 | 38,4 | 2,9 |
| Tiempo transcurrido entre la orden para la consulta especializada y la atención | 31,8 | 33,8 | 30,6 | 3,8 |
| Tiempo transcurrido entre la llegada al servicio de consulta externa y la atención | 13,7 | 29,1 | 54,6 | 2,5 |
| Tiempo transcurrido entre la llegada al servicio de urgencias y la atención | 30,4 | 31,2 | 31,9 | 6,5 |
| Tiempo transcurrido entre la prescripción y la entrega de medicamentos | 7,8 | 15,0 | 60,3 | 16,9 |
| Tiempo transcurrido entre la orden de hospitalización y el ingreso al servicio | 12,3 | 24,1 | 50,6 | 13,0 |
| Tiempo transcurrido entre la solicitud de transporte y la prestación del servicio | 10,6 | 12,1 | 51,5 | 25,8 |
| Tiempo transcurrido entre la solicitud de atención para salud mental y el servicio | 6,4 | 21,3 | 57,4 | 14,9 |
| Tiempo transcurrido entre la solicitud de rehabilitación y el servicio | 11,1 | 11,1 | 44,4 | 33,3 |

solo fue reconocida como ejecutada por 38,3% (143) de los desplazados; la posconsulta, por 30,6% (114); la prescripción de medicamentos, por 98,6% (357) y la entrega de medicamentos, por 74,6% (270). Significa esto que en un número importante de casos se realiza la consulta médica sin que se acompañe de las otras fases, que en su conjunto le confieren el atributo de continuidad (tabla 3).

Los desplazados reportaron buena continuidad en ayudas diagnósticas y remisiones; en hospitalización y cirugía la apreciación de continuidad fue aceptable, salvo en los controles posteriores al egreso, pues solo 58,5 y 66,7% respectivamente realizaron este tipo de controles.

Integralidad

Ante la pregunta de si las instituciones de salud habían resuelto sus necesidades, solo a 24,9% de los 379 encuestados que solicitaron atención le fueron solucionadas en su totalidad; en forma parcial al 71,2%, y ninguna solución al 3,9% (tabla 4).

Cuando se interrogó sobre el grado en que habían recibido la atención, las mayores deficiencias se encontraron en los programas de promoción y prevención, rehabilitación y atención sicosocial, ante los cuales 24,7, 31,3 y 26,3%, respectivamente, respondieron no haber

recibido ninguna atención. El servicio mayormente recibido cuando se requirió su prestación fue el de consulta externa, con 97,3%.

Calidez

El 50,1% de los 379 desplazados encuestados que solicitaron atención calificó como adecuada la estructura física de los servicios donde se les atendía y los demás la consideraron como medianamente agradable (40,3%) o desagradable (9,6%) (tabla 5).

Frente al trato recibido por parte del personal de salud, 72,5% (275) de los usuarios se sintió bien o muy bien tratado; 23,5% (89) sintió que el trato fue regular y 4% (15) manifestó mal trato. En relación con los horarios de visita, 70,3% expresó que eran suficientes.

Calificación mediana de los atributos del servicio

La figura 4 presenta la mediana global obtenida en cada uno de los atributos del servicio, donde pueden apreciarse las calificaciones obtenidas para cada indicador con respecto a los puntos de corte establecidos, de acuerdo a la escala de medición.

Para la accesibilidad, se obtuvo una calificación mediana de 3,2, lo que significa que 75% de la población de encuestados tenía una apreciación favorable de las

Tabla 3. Apreciaciones de los desplazados sobre la continuidad del servicio

| Variable | Porcentaje de respuestas según categoría | | | | | |
|---|--|----------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------|---------------------------|
| | Preconsulta con enfermería | Consulta con el médico | Posconsulta con enfermería | Prescripción de medicamentos | Entrega de medicamentos | Otras |
| Fases cumplidas en consulta externa | 38,3% | 100% | 30,6% | 98,9% | 74,3% | |
| Fases cumplidas en realización de ayudas diagnósticas | Orden | Realización de ayudas | Entrega de resultados al paciente | Entrega y evaluación de resultados por el médico | | |
| | 100% | 96,1% | 100,0% | 98,4% | | |
| Fases cumplidas en remisión | Orden | Atención | Contrarremisión | Nueva atención | | |
| | 100% | 97,1% | 72,0% | 97,2% | | |
| Fases cumplidas en hospitalización | Historia clínica de ingreso | Controles diarios por enfermería | Controles diarios por médico | Tratamiento | Alta por médico | Visitas control posegreso |
| | 100% | 98,7% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 58,5% |
| Fases cumplidas en cirugía | Valoración preanestésica | Cirugía | Controles por enfermería | Controles por médico | Alta por médico | Visitas control posegreso |
| | 100% | 100% | 95,5% | 95,5% | 100,0% | 66,7% |
| Fases cumplidas en rehabilitación | Orden | Consulta inicial | Sesiones de control | Prescripción de medicamentos | Entrega de medicamentos | |
| | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 66,7 | |
| Fases cumplidas en atención para salud mental | Consulta psicológica o psiquiátrica | Consulta inicial | Sesiones de control | Prescripción | Entrega de medicamentos | |
| | 100,0% | 100,0% | 92,5% | 70,0% | 85,7% | |

Tabla 4. Apreciaciones de los desplazados sobre la integralidad del servicio

| Variable | | Porcentaje de respuestas según categoría | | |
|---|--------------------------|--|---------|-------|
| Resolución de las necesidades de salud | | Ninguna | Algunas | Todas |
| | | 3,9 | 71,2 | 24,9 |
| Variable | % personas con necesidad | | | |
| Atención recibida en promoción y prevención | 78,5 | No | Parcial | Sí |
| | | 24,7 | 3,0 | 71,7 |
| Atención recibida en consulta | 95,3 | No | Parcial | Sí |
| | | 4,7 | 2,5 | 92,8 |
| Atención recibida en rehabilitación | 4,2 | No | Parcial | Sí |
| | | 31,3 | 0,0 | 68,8 |
| Atención recibida en transporte | 15,2 | No | Parcial | Sí |
| | | 10,3 | 3,4 | 86,2 |
| Atención sicosocial recibida | 9,9 | No | Parcial | Sí |
| | | 26,3 | 5,3 | 68,4 |

Tabla 5. Apreciaciones de los desplazados sobre la calidez del servicio

| Variable Porcentaje de respuestas según categoría | | | | |
|---|---------------|------------------------|-------------|----------|
| Apreciación sobre la estructura física de la institución de salud | Desagradable | Medianamente agradable | Agradable | |
| | 9,6 | 40,3 | 50,1 | |
| Apreciación sobre el personal de la institución de salud | Mal | Regular | Bien | Muy bien |
| | 4,0 | 23,5 | 62,4 | 10,1 |
| Apreciación sobre los horarios de visita en hospitalización | Insuficientes | | Suficientes | |
| | 29,7 | | 70,3 | |

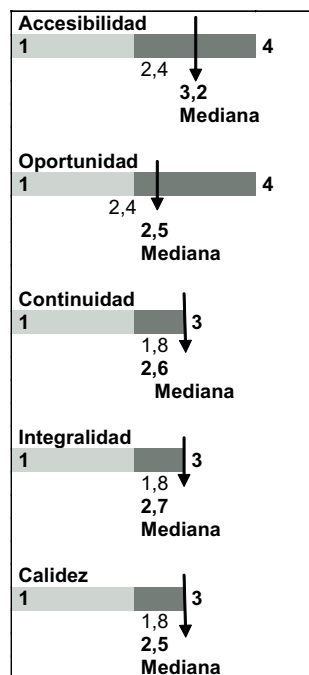


Figura 4. Calificación mediana de los atributos del servicio según las apreciaciones de los desplazados

instituciones. En cuanto a la oportunidad, la calificación mediana obtenida de 2,5 señala que 60% tuvo una apreciación favorable.

Frente a los atributos de continuidad, integralidad y calidez, las calificaciones medianas obtenidas representan a 90, 76,7 y 83,3%, respectivamente, de la población encuestada cuya opinión es favorable.

Discusión

La dignidad es la categoría que referencia al ser humano como sujeto de derechos. Es la condición que le permite reconocerse y ser reconocido como sujeto de derecho, en este caso del derecho a la salud, subsidiario o conexo fundamental del derecho a la vida. Para el presente estudio, la dignidad es el resultado de una serie

de acciones en salud individual y colectiva que materializan el derecho a la salud de la población en condición de desplazamiento forzado.¹⁷⁻¹⁹

La población estudiada constituyó un grupo en evidente situación de precariedad social, si se tiene en cuenta que la proporción de familias con aseguramiento en el régimen contributivo era muy baja antes del desplazamiento forzado, situación que se agravó luego de esta circunstancia. Sin embargo, fue evidente que el aseguramiento al régimen subsidiado mejoró sustancialmente después del desplazamiento, con la disminución de la población no afiliada.

La pertenencia del desplazado a uno de los regímenes (subsidiado o contributivo) o en su defecto, el disfrute de un plan de beneficios especial, constituye un indicador directo del reconocimiento que el Estado hace

de esta condición y es el paso inicial y fundamental en la construcción de la dignidad del desplazado.²⁰

Esta condición de extremo marginamiento social y de altísima dependencia del Estado, debería ser analizada a fondo, por cuanto la sociedad y el Estado gastan grandes cantidades de recursos económicos en una población creciente que necesita soluciones en términos no de subsidios o dádivas sociales o estatales, sino que les permita conseguir o recuperar su dignidad a través de medios, tales como el empleo digno, estable y bien remunerado. Esta es quizá la mejor inversión que puede hacerse en la búsqueda de su rehabilitación social.

Las altas cifras encontradas en cuanto a la necesidad de servicios de salud y su grado de utilización, puso de manifiesto la elevada morbilidad que traen consigo los desplazados e indiscutiblemente la necesidad sentida de demandar servicios.

Llama la atención el nivel de conciencia de sus necesidades de atención con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la evidente movilización en búsqueda de estos servicios, situación que constituye un hallazgo de alta significación, atribuible probablemente a la estrategia de demanda inducida trabajada desde el Plan de Atención Básica (PAB), o al fruto del trabajo de educación de otras entidades del sector salud. Contrario a lo anterior, los bajos reportes de utilización de los servicios de salud mental y rehabilitación se hacen paradójicos, por cuanto se supone que la condición de desplazamiento implica una afectación de gran severidad en la esfera mental de estas personas.²¹⁻²³

Lo anterior puede deberse a la insuficiente percepción que tiene la población de la importancia de su salud mental. Este fenómeno se evidenció en el estudio con el bajo porcentaje de personas que manifiestan necesidad de servicios de atención psicosocial y rehabilitación, para resolver problemas generados por su condición de desplazado. El daño mental es un problema, que si bien no se percibe de manera tan inmediata como el daño biológico y social, sí se manifiesta de múltiples maneras en el comportamiento y en los procesos de adaptación por los cuales deben pasar todas las personas desplazadas.²⁴

Los hallazgos referentes a la accesibilidad mostraron que existen dificultades de tipo geográfico para el acceso a los servicios de salud para un buen número de desplazados, y económico, por el cobro de estos servicios, manifestado por algunos encuestados. De acuerdo con la normatividad vigente, los servicios que se prestan a la población catalogada como desplazada no son objeto de cobro por parte de las instituciones de salud, ya que su costo está cubierto por los contratos que se suscriben con las entidades territoriales.^{25, 26}

Pero quizás lo más destacable fue que un número importante de usuarios desplazados declararon haber tenido dificultades para acceder a los servicios, por cuanto las

instituciones carecían de contratos vigentes con las autoridades territoriales. Esta situación amerita la revisión de los procedimientos que se llevan a cabo en algunas instituciones de salud, para determinar las causas de este fenómeno, habida cuenta de las afectaciones que se generan sobre el servicio y obviamente sobre la salud de los desplazados, que por esta causa no son atendidos o lo son con costos que deben ser forzosamente sufragados con el peculio de una población ya pauperizada por efectos de su situación de marginalidad social.

Las observaciones referentes a la accesibilidad organizacional ponen en evidencia que las mayores limitantes fueron en términos de la dispensación de medicamentos y el número de trámites necesarios para la atención, los cuales fueron calificados como muchos, por un porcentaje considerable de encuestados.

En cuanto a los resultados sobre la continuidad del servicio, estos se observaron aceptables en términos generales. Las mayores dificultades se apreciaron en los controles posteriores al egreso de hospitalización y cirugía, aspectos sobre los cuales debería hacerse el mayor énfasis en las acciones educativas, dada la importancia que revisten los controles posegreso en los resultados finales de todo acto quirúrgico y hospitalización.²⁷

Referente a la integralidad del servicio, si los datos relacionados con el grado de resolución de las necesidades de salud se asumen indirectamente como medidores de satisfacción de los usuarios, habría que afirmar que las tres cuartas partes de ellos se encontraban insatisfechos, por no haber sido resueltas completamente sus necesidades en salud.

En términos generales, las apreciaciones de los desplazados sobre los servicios de salud fueron satisfactorias desde la perspectiva de la calidez en la atención. No obstante hubo un porcentaje importante que catalogó esta atención como regular y mala.

En el resumen global de las medianas, los atributos de accesibilidad, integralidad, continuidad y calidez, tuvieron calificaciones aceptables desde las apreciaciones de la población estudiada; la oportunidad fue la menos favorecida. En este sentido, las mayores demoras fueron detectadas en la búsqueda de la cita, entre la consulta general y la consulta especializada y la espera en urgencias.

La oportunidad es la capacidad de satisfacer la necesidad del usuario en el momento que requiere el servicio. Es un atributo del servicio de trascendental importancia, en tanto el núcleo de valoración de la oportunidad es el tiempo, y este asume un papel muy significativo desde las subjetividades de los desplazados.²⁸

Es innegable que existen, en términos generales, tiempos demasiado prolongados de espera o de trámites para necesidades o problemas que deben ser resueltos en el menor tiempo posible. Aquí las apreciaciones de

los usuarios juegan un papel trascendental, en la medida en que el tiempo perdido se toma como una manifestación de maltrato o desconsideración, que se relaciona directamente con la dignidad de la persona durante la atención.

Conclusiones

- Los resultados obtenidos evidencian que si bien la situación de aseguramiento al régimen contributivo era bastante baja en el sitio de procedencia de la población estudiada, este nivel se redujo aun más luego de la situación de desplazamiento forzado. Por su parte, el aseguramiento al régimen subsidiado mejoró sustancialmente con la concomitante reducción del grupo de no asegurados.
- Se halló una baja utilización de los servicios de salud mental y rehabilitación, a pesar de la enorme afectación de la esfera mental de los desplazados, explicada por una baja percepción de la necesidad de este tipo de atención pero también de la escasa oferta por parte de las instituciones de salud.
- Limitaciones en el acceso geográfico, algunas situaciones de cobro y negación del servicio por la ausencia de contratos, la dispensación de medicamentos y el número de trámites necesarios para la atención, fueron las principales limitaciones relacionadas con el atributo de accesibilidad.
- En la continuidad e integralidad del servicio, las mayores dificultades se encontraron en los controles posteriores al egreso de hospitalización y cirugía y la ausencia o parcialidad en la resolución de sus necesidades de salud, manifestada por un alto porcentaje de desplazados.
- No hubo mayores barreras desde la óptica del desplazado relacionadas con el atributo de calidez del servicio, en tanto los cálculos porcentuales como la mediana obtenida, confirieron una menor calificación a la oportunidad, pues la mayor parte de los servicios fueron catalogados como demorados por los encuestados.
- Se requieren estudios posteriores, para develar si los hallazgos de este estudio son extensibles al resto de los usuarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud que demanden cambios sustanciales al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el país.

Referencias

- 1 Loughna S. FMO country guide: Colombia. [Internet] [Consultado 14 de septiembre de 2008] Disponible en: <http://www.forcedmigration.org/guides/fmo003/fmo003.pdf>.
- 2 Aguilar A. Marco teórico y aspectos generales relativos al fenómeno de desplazamiento interno forzado. [Sitio en Internet]

- [Consultado 14 de septiembre de 2008] Disponible en: http://www.eleutheria.ufm.edu/ArticulosPDF/080326_Capitulo_III_Tesis_Aguilar_Gutierrez.pdf.
- 3 Unicef, Codhes. Un país que huye: desplazamiento y violencia en una nación fragmentada. Bogotá: Unicef; 1999.
 - 4 Ibáñez M, Moya M, Velásquez A. Hacia una política proactiva para la población desplazada. [Sitio en Internet] [Consultado 14 de septiembre de 2008] Disponible en: http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/rut/politica/hacia_politicaproactiva.pdf.
 - 5 Acción Social. Registro único de población desplazada. [Internet] [Consultado 14 de septiembre de 2008] Disponible en: <http://www.accionsocial.gov.co/Estadisticas/publicacion%20julio%2031%20de%202008.htm>.
 - 6 Colombia. Congreso de la República. Ley 387 de 1997, julio 18, por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 1997.
 - 7 Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia 1991. Artículo 86. Bogotá: Senado de la República de Colombia; 1991.
 - 8 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia No T-025 de 2004, enero 22, la cual abarca un amplio catálogo de derechos que el juez constitucional afirma están siendo vulnerados al interior del país, por un evidente "estado de cosas inconstitucional". Bogotá: Corte Constitucional; 2004.
 - 9 Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento, CODHES. Ahora por los desplazados. [Internet] [Consultado 14 de septiembre de 2008] Disponible en: http://www.pda-alemania.org/descargas/descar_esp/prensa_codhes.pdf.
 - 10 ONUSIDA. Migración y población desplazada. [Internet] [Consultado 14 de septiembre de 2008] Disponible en: <http://www.onusida.org.co/desplaz.htm>.
 - 11 Gómez M, Astaiza M, Minayo C. Las migraciones forzadas por la violencia: el caso de Colombia. *Ciênc Saúde Colet* 2008; 13(5):1649-1660.
 - 12 Colombia. Presidencia de la República. Acción Social. [Internet] Bogotá. [actualizado 3 de julio de 2009; consultado 15 de septiembre de 2008] Disponible en: <http://www.accionsocial.gov.co/portal/default.aspx>.
 - 13 Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 1991. p.263-273.
 - 14 Colombia. Ministerio del Interior y de Justicia. Decreto 250 de 2005 por el cual se expide el plan nacional para la atención integral a la población desplazada por la violencia. Bogotá: Ministerio del Interior y de Justicia; 2005.
 - 15 Colombia. Ministerio del Interior. Decreto 173 de 1998 por el cual se adopta el plan nacional para la atención integral a la población desplazada por la violencia. Bogotá: Ministerio del Interior; 1998.
 - 16 Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 59 de 1997 por el cual se declara como evento catastrófico el desplazamiento masivo de población por causa de la violencia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 1997.
 - 17 Recasens L. Filosofía del derecho. México: Porrúa; 2003.
 - 18 Basave V. Filosofía del derecho. México: Porrúa; 2001.
 - 19 Preciado R. Lecciones de filosofía del derecho. México: UNAM; 1982.
 - 20 Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes 2804. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 1995.
 - 21 Fundación de Atención al Migrante (FAMIG), consultoría para los Derechos Humanos y el desplazamiento (CODHES), Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Gota a gota: desplazamiento forzado en Bogotá y Soacha. Bogotá: OIM; 2007. p.88-89.

- 22 Mogollón A, Vázquez M. Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gaceta Sanitaria* 2006; 20(4):260-265.
- 23 Porter M, Haslam N. Pre-displacement and post-displacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA* 2005; 294:602-12.
- 24 Haghebaert G, Zaccarelli M. La salud mental y el desplazamiento forzado. En: OPS. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre. Washington DC: OPS; 2006.
- 25 Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 59 por el cual se declara evento catastrófico el desplazamiento masivo de población por causa de la violencia. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 1997.
- 26 Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 185 por el cual define el procedimiento aplicable a las reclamaciones para el pago de los servicios de salud prestados a la población desplazada. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; 2000.
- 27 Pabón H. Evaluación de los servicios de salud: conceptos, indicadores, ejemplos de análisis cuantitativo y cualitativo. 2ª ed. Cali: Universidad del Valle; 1985.
- 28 Mejía B. Auditoría Médica para la garantía de calidad en salud. Bogotá: Ecoe ediciones; 1998.