

**Universidad Autónoma de Barcelona**  
**Facultad de Medicina**  
**Departamento de Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Medicina Preventiva**  
**Programa de Doctorado en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica**

**Tesis Doctoral**

---

**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.**

---

**Presentada por Amparo Susana Mogollón Pérez para optar al título de doctora en Salud Pública**

**Directora**      **Dra. María Luisa Vázquez Navarrete.**  
**Tutor**      **Dr. Miguel Martín Mateo.**

**Bellaterra, 2004.**

---

---

## **DEDICATORIA**

---

---

A mi querida familia:

A Nelly, por todo lo que representas en mi existencia, pero principalmente por aquellas lágrimas derramadas desde la distancia.

A Rafael, por tu amor, por tus enseñanzas y por inculcarme el cariño hacia el estudio.

A Juan Carlos, por el amor que me has dado, por el tiempo que te he privado de compartir y por ser el cómplice de mis locuras.

A Patty y Dixon, mis hermanos, mis amigos, mi soporte en ésta aventura y quienes a pesar de la distancia están muy cerca de mí.

A aquellos que la vida me premió con el valor de su amistad.

---

## AGRADECIMIENTOS

---

La culminación de la tesis doctoral, conlleva el agradecimiento a un sinnúmero de personas que han contribuido para que dicho proceso sea posible. Así que trataré de mencionar a todos los que de una u otra manera, merecen mi especial reconocimiento.

En España tuve el privilegio de conocer a María Luisa Vázquez Navarrete. Ella se constituyó no sólo en mi directora de tesis, sino también en una amiga. Su constancia, su dedicación y su rigurosidad académica, fueron uno de mis principales motores para el desarrollo de ésta tesis doctoral. En mi corazón, siempre llevaré a una de las personas que más ha influido en mi proceso de formación y en ese sentido, ella sabe que a pesar de mi retórica, mis palabras de agradecimiento siempre quedarán cortas.

A Miguel Martín, quien desde la UAB, me ofreció su apoyo como tutor durante mi proceso de formación. Gracias por su orientación y acompañamiento.

En Colombia, a la Universidad del Rosario, la institución a la que debo lo que soy como profesional. Siempre me sentiré muy orgullosa de ser egresada de su claustro. A sus directivas, gracias por la confianza que han depositado en mí y por el apoyo otorgado para mi estancia en el exterior.

En la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, quiero expresar mi especial agradecimiento a su decano Javier Suárez Casallas, quien apoyó desde un inicio mi formación doctoral, así como a los profesores y al personal administrativo. Todos ellos fueron una voz de aliento desde la distancia.

A los directores de las ESE, profesionales de la salud y personal administrativo de los Hospitales Vista Hermosa, Rafael Uribe Uribe y Pablo VI de Bosa, que demostraron su interés académico por el proyecto de investigación.

A Teresa Coll y Cecilia Jiménez, quienes desde el Departamento, han mostrado sentimientos de solidaridad hacia los estudiantes del doctorado.

A Jairo, Lola, Cristina, Juan, Teresa, por su recepción, su cariño y su apoyo durante mi estancia en Barcelona.

A Josefina Chávez, Paola Gutiérrez, Angela Beltrán, Eslendy Rodríguez, Wendy Rueda y Adriana Parra, por su apoyo en la recopilación de información y por el acompañamiento durante el trabajo de campo.

A las personas en condición de desplazamiento, quienes a pesar de su dolor, me abrieron las puertas de sus hogares para describir sus experiencias y su vida en la ciudad.

Y muy especialmente a Cataluña por la acogida que me proporcionó. Siempre la llevaré en mi recuerdo.

---

---

## TABLA DE CONTENIDO

---

---

Lista de Tablas .....	9
Lista de Gráficas.....	10
Presentacion .....	11
Resumen .....	13
1        Introducción .....	15
1.1    La violencia por conflicto armado en Colombia.....	15
1.1.1    ¿Qué se entiende por violencia?.....	15
1.1.2    La violencia política en Colombia .....	16
1.1.3    Actores del conflicto bélico.....	17
1.1.4    Los costos de la violencia para el país .....	20
1.2    El desplazamiento forzado en Colombia.....	22
1.2.1    Definición.....	22
1.2.2    Fases del desplazamiento .....	23
1.2.3    Clasificación del desplazamiento .....	24
1.2.4    Magnitud del desplazamiento.....	25
1.2.5    El desplazamiento en Bogotá .....	28
1.2.6    Características sociodemográficas de la población desplazada. ....	28
1.3    Desplazamiento y Salud .....	31
1.3.1    Problemas de salud de la población desplazada.....	31
1.3.2    Afiliación de la población desplazada al Sistema General de Seguridad Social en Salud .....	35
1.3.3    Factores que limitan el acceso a los servicios de salud en la población desplazada .....	36
1.3.4    Utilización de los servicios de salud por parte de la población desplazada.....	38

1.4	Las políticas públicas en salud .....	41
1.4.1	Definición de políticas públicas .....	41
1.4.2	Tipos de análisis de políticas.....	42
1.4.3	El análisis de las políticas públicas en el sector salud .....	42
1.5	El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.....	46
1.5.1	Organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud. ....	47
1.5.2	Regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud.....	52
1.5.3	Planes de beneficios en salud .....	57
1.6	El Acceso a los servicios de salud.....	65
1.6.1	¿Qué se entiende por acceso a los servicios de salud? .....	65
1.6.2	¿Por qué evaluar el acceso?.....	67
1.6.3	Tendencias en los estudios de evaluación del acceso .....	68
1.6.4	Modelo de Acceso propuesto por Aday y Andersen.....	71
2	Justificación del estudio .....	80
3	Objetivos de la investigación .....	84
3.1	Objetivo General .....	84
3.2	Objetivos Específicos.....	84
4	Metodología .....	85
4.1	Tipo de estudio .....	85
4.2	Descripción del área de estudio.....	85
4.2.1	Prestación de los servicios de salud en el Distrito .....	89
4.3	Métodos .....	90
4.3.1	Ánálisis de documentos.....	90
4.3.2	Entrevistas individuales.....	91
4.3.3	Estudio de caso.....	91
4.4	Muestra.....	92

4.4.1	Documentos .....	93
4.4.2	Instituciones .....	95
4.4.3	Informantes .....	96
4.4.4	Selección del caso .....	99
4.5	Análisis de datos .....	100
4.6	Mecanismos de control de la calidad .....	104
4.7	Aspectos éticos .....	104
4.8	Limitaciones del estudio .....	105
5	Resultados .....	107
5.1	El contenido de las políticas como determinante del acceso a los servicios de salud .....	107
5.1.1	Principios orientadores de la política de atención en salud para la población desplazada .....	107
5.1.2	Objetivos de la política de atención en salud a la población desplazada .....	111
5.1.3	Organización del sistema .....	113
5.2	Visión de los gestores sobre el acceso de la población desplazada a las ESE ....	128
5.2.1	Opinión de los gestores sobre la política de atención en salud para la población desplazada .....	128
5.2.2	Opinión de los gestores sobre los factores institucionales que inciden en el acceso de la población desplazada a las ESE .....	135
5.2.3	Opinión de los gestores sobre las características de los desplazados que inciden en el acceso a las ESE .....	145
5.2.4	Sugerencias de los gestores para el mejoramiento del acceso de la población desplazada a los servicios de salud .....	152
5.3	Visión del personal administrativo sobre el acceso de la población desplazada a las ESE .....	153

5.3.1	Opinión del personal administrativo sobre la política de atención en salud para la población desplazada.....	153
5.3.2	Opinión del personal administrativo sobre los factores que desde las instituciones inciden en el acceso de la población desplazada a las ESE .....	157
5.3.3	Opinión del personal administrativo sobre las características de los desplazados que inciden en el acceso a las ESE .....	165
5.3.4	Sugerencias del personal administrativo para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud .....	170
5.4	Visión de los profesionales de la salud sobre el acceso de la población desplazada a las ESE .....	171
5.4.1	Opinión de los profesionales de la salud sobre la política de atención en salud para la población desplazada.....	171
5.4.2	Opinión de los profesionales de la salud sobre los factores institucionales que inciden en el acceso de la población desplazada a las ESE .....	173
5.4.3	Opinión de los profesionales de la salud sobre los factores que desde los usuarios desplazados inciden en el acceso a las ESE.....	182
5.4.4	Opinión de los profesionales de la salud sobre estrategias para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud .....	189
5.5	Visión de los desplazados del acceso a las ESE.....	190
5.5.1	Opinión de los desplazados sobre la política que ha sido diseñada para su atención .....	191
5.5.2	Opinión de los desplazados sobre los factores institucionales que inciden en el acceso a los servicios de salud .....	194
5.5.3	Opinión de los desplazados sobre las características de los usuarios que influyen en el acceso a los servicios de salud .....	200
5.5.4	Sugerencias de la población desplazada para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud .....	209
5.6	Estudio de caso de una usuaria en condición de desplazamiento .....	210

6	Discusión .....	218
6.1	Los avatares de la política: entre el reconocimiento de la vulnerabilidad y la dificultad para la reivindicación de los derechos del desplazado .....	218
6.2	El Sistema General de Seguridad Social en Salud ante el desplazamiento forzado: aciertos y dificultades .....	222
6.3	La coordinación interinstitucional e intersectorial para la atención de la población desplazada: un compromiso por desarrollar.....	228
6.4	Factores que desde las Empresas Sociales del Estado inciden en el acceso de la población desplazada a los servicios de salud.....	231
6.5	La posibilidad de acceso de la población desplazada a los servicios de salud: la lucha entre el sobrevivir y la solución de sus necesidades en salud .....	235
7	Conclusiones .....	245
8	Sugerencias para el mejoramiento del acceso de la población desplazada a las ESE .....	247
8.1	Sugerencias hacia el gobierno nacional .....	247
8.2	Sugerencias hacia las ESE.....	248
9	Bibliografía.....	250
10	Anexos.....	279

---

---

## **LISTA DE TABLAS**

---

---

Tabla 1. Principales departamentos expulsores y receptores de población desplazada en Colombia .....	27
Tabla 2 Clasificación ESE de I nivel .....	89
Tabla 3 Composición de los documentos.....	94
Tabla 4 Composición final de ESE que participaron en el estudio.....	96
Tabla 5 Composición final de los informantes.....	98
Tabla 6 Categorías mixtas para el análisis del acceso potencial en el contenido de las políticas públicas.....	101
Tabla 7 Categorías mixtas para el análisis del acceso potencial desde las características de las ESE y de los desplazados .....	102

---

---

## **LISTA DE GRÁFICAS**

---

---

Gráfica 1 Estadísticas comparadas desplazamiento en Colombia (1996-2003) .....	26
Gráfica 2 Análisis de las políticas públicas desde la perspectiva de Walt y Gilson .....	43
Gráfica 3 Modelo Inicial de Aday y Andersen .....	72
Gráfica 4 Medidas de acceso de Andersen .....	73
Gráfica 5 Segunda Fase del Modelo de Aday y Andersen.....	74
Gráfica 6 Tercera Fase del Modelo de Aday y Andersen .....	75
Gráfica 7 Modelo Emergente de acceso a los servicios de salud.....	76
Gráfica 8 Modelo de Acceso de Aday y Andersen .....	79
Gráfica 9 Mapa de Colombia .....	86
Gráfica 10 Mapa de Bogotá D.C.....	88

---

## PRESENTACION

---

El desplazamiento forzado como consecuencia del conflicto armado en Colombia, se constituye en la actualidad en uno de los principales problemas de salud pública que tiene el país. La agudización del conflicto, ha hecho que cada día, un mayor número de personas padezcan ésta situación, lo que implica que desde el punto de vista individual y familiar, se favorezca el deterioro de sus condiciones de vida, así como un incremento de los costos sociales y económicos para el Estado.

En la literatura nacional e internacional, se ha destacado en gran medida, los problemas de salud que presentan las personas que han sido víctimas del desplazamiento forzado. No obstante, aunque se reconoce que el acceso a los servicios de salud, es uno de los problemas más significativos que tiene ésta población, no existen estudios que den cuenta de su análisis desde la perspectiva de la política de atención en salud, que ha sido diseñada para su manejo y que contrasten sus contenidos con el punto de vista de los actores involucrados en el proceso.

Es por ello que a partir de éstas reflexiones, se planteó el diseño de un estudio que desde una metodología cualitativa, permitiera abordar las “Condiciones de acceso de la población desplazada por conflicto armado a las Empresas Sociales del Estado, adscritas a la Secretaría de Salud de Bogotá”, dado que ésta ciudad se constituye en el principal centro urbano receptor de población desplazada en el país y que son precisamente las ESE, las instituciones que en primera instancia, tienen el compromiso de proporcionar atención a éstos colectivos.

La tesis está estructurada en nueve capítulos. Inicialmente se hace una descripción de la situación de violencia que tiene el país, así como de la dinámica e impacto que el desplazamiento forzado provoca en quienes lo padecen, principalmente en el ámbito de su salud. Se hace especial referencia al sistema de salud colombiano, así como a los planteamientos teóricos en relación con el acceso a los servicios de salud y el análisis de las políticas públicas. Aspectos todos que se constituyeron en los referentes para el desarrollo de la investigación (Capítulo I).

En los capítulos II y III, una vez se determinó el interés del estudio, se planteó la justificación de la investigación, así como los objetivos a desarrollar. A continuación, se describe la metodología del estudio, el cual se fundamentó en los postulados teóricos de la investigación cualitativa. Se plantearon como principales métodos: el análisis documental, las entrevistas

semiestructuradas de carácter individual y el estudio de caso. Se describe la muestra de documentos, así como de los participantes en el estudio. Para el análisis de la información se acudió a la técnica de análisis cualitativo del contenido (Capítulo IV). En el capítulo V, se describen los resultados del estudio, de acuerdo con las unidades de análisis que se tuvieron en cuenta durante la investigación: el contenido de las políticas en sí mismas, los gestores, los profesionales de la salud, el personal administrativo y los desplazados. En el Capítulo VI, se discuten los resultados obtenidos mediante un proceso de interpretación que se desarrolló alrededor de las categorías de análisis y mediante la contrastación con los resultados de otros estudios. En el capítulo VII, se registran las conclusiones y en el capítulo VIII, las sugerencias para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud de salud en la población desplazada. En el Capítulo IX, se citan las referencias bibliográficas utilizadas como soporte teórico para la investigación. Al final en el apartado de anexos (Capítulo X), se presentan los guiones utilizados para el desarrollo de las entrevistas con cada uno de los actores que participaron en la investigación, las categorías de análisis que fueron propuestas y el conglomerado de los documentos que sirvieron de base para el análisis documental.

---

---

## RESUMEN

---

---

**Antecedentes:** Una de las principales consecuencias del conflicto armado en Colombia es el desplazamiento forzado, que afecta aproximadamente a tres millones de personas. Situación que, en la última década, ha llevado al gobierno a formular un marco normativo amplio y complejo que regula su atención en diversas áreas, entre ellas, la salud. A pesar de los esfuerzos realizados, se evidencian problemas para el acceso a los servicios de salud de ésta población, que podrían depender, en parte, de la propia complejidad de la política y la dificultad que conlleva para su implementación a nivel institucional.

**Objetivo:** Analizar las condiciones de acceso de la población desplazada por conflicto armado a las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención, adscritas a la Secretaría de Salud de Bogotá, con el fin de establecer posibles propuestas de mejoramiento.

**Metodología:** La metodología correspondió al enfoque cualitativo de la investigación social, utilizando una combinación de técnicas cualitativas entre las que se encuentran el análisis documental, la entrevista semiestructurada y un estudio de caso. La composición final de la muestra fue de 28 documentos: 17 políticas públicas para el manejo del desplazamiento forzado en Colombia y 11 políticas públicas relativas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), todas ellas, promulgadas o vigentes entre 1997 y 2003; 81 informantes que correspondieron a: 10 gestores; 25 profesionales de la salud, 18 personas del área administrativa y 28 personas desplazadas. El estudio de caso se desarrolló con una mujer desplazada. Se analizaron los datos mediante la técnica cualitativa de análisis narrativo del contenido y con una generación mixta de categorías. El trabajo de campo fue desarrollado durante los meses de abril a diciembre de 2003.

**Resultados:** Son principios orientadores de la política: la definición del desplazamiento forzado como un evento catastrófico, el reconocimiento de la atención en salud como un derecho fundamental, la atención preferencial para la población vulnerable y la gestión interinstitucional. Como objetivos surgen: afiliar a la población desplazada al SGSSS, brindar atención integral en salud y divulgar las políticas existentes. Estos objetivos, junto con los principios se constituyen en facilitadores del acceso potencial a los servicios de salud. No obstante, los procesos establecidos para identificar a los beneficiarios, la falta de claridad en la financiación, la restricción en los servicios garantizados y los cambios continuados en las disposiciones emergen como los factores que desde el contenido de la política y desde la percepción de los distintos actores, restringen el acceso potencial a las ESE. Todos los actores identificaron fallas tanto en la divulgación de la política, como en su implementación a nivel de las diversas instancias. En cuanto a las dificultades procedentes de las instituciones, los gestores y el personal administrativo, indican los límites en la financiación y la facturación de los servicios, en tanto que, el personal de salud y la población desplazada centran su análisis en los problemas para la prestación efectiva del servicio y el acceso geográfico. Los distintos actores coinciden en que el bajo nivel de ingresos del desplazado, unido al bajo nivel de información, a las múltiples necesidades de atención en salud y a la escasez de redes de apoyo social, son los factores relativos a la población desplazada que inciden en su acceso a las ESE.

**Discusión y Conclusiones:** Durante el periodo 1997-2003, Colombia realizó un avance significativo en la formulación de la política de atención en salud para la población desplazada, buscando que sus principios y sus alcances, estuvieran acordes con los lineamientos del SGSSS. No obstante, las dificultades para la afiliación y el posterior acceso a

las ESE, se constituyen en la principal ruptura que presenta la política. El desconocimiento de los cambios y los alcances de la política de atención en algunos prestadores de servicios y en la gran mayoría de los desplazados, reflejan las fallas del gobierno nacional y las instituciones de salud en su divulgación. La búsqueda del equilibrio financiero de las ESE, se constituye en una de las principales barreras que desde las instituciones limitan la atención integral. Las precarias condiciones económicas son el principal factor que desde los usuarios restringe el acceso potencial y real a las ESE, situación que se complejiza en quienes no han logrado su afiliación al SGSSS.

**Palabras clave:** Desplazamiento forzado, acceso a los servicios de salud, barreras de acceso, políticas públicas, investigación cualitativa.

---

# 1 INTRODUCCIÓN

---

## ***1.1 La violencia por conflicto armado en Colombia.***

### **1.1.1 ¿Qué se entiende por violencia?**

Son muchas las definiciones que se han formulado de la violencia. Hijar-Medina (1997), define por violencia cualquier tipo de agresión que se da entre individuos o en una comunidad, que no necesariamente conlleva a un daño físico. Otros la han definido como una forma de establecer relaciones y de afrontar conflictos recurriendo a la fuerza, a la amenaza, a la agresión psicológica o al abandono, teniendo como fines debilitar, o destruir a terceras personas o incluso a si mismos, lo que puede conllevar a diferentes consecuencias: la limitación de la capacidad física, la pérdida del potencial para el desarrollo humano, la disminución de la capacidad para la toma de decisiones por parte de la víctima, una dinámica patológica o degradante en el victimario, y una de las consecuencias mas graves: la pérdida de la vida de un ser humano (Corporación Salud y Desarrollo, 1997). De igual manera, se considera que la violencia corresponde a actuaciones individuales o grupales que pueden lesionar la integridad física o moral del ser humano, violando sus derechos fundamentales, o, incluso, ocasionar su muerte (Comisión de Estudios sobre la Violencia, 1989; Franco, 1999).

Existen diversos tipos de violencia: la doméstica, la callejera, la política, etc. El presente estudio, se centrará en uno de los impactos más graves que tiene la violencia política: el desplazamiento forzado. De ésta manera se acoge la definición que describe a la violencia política, como la ejercida como medio de lucha político-social, y cuyos objetivos son mantener, modificar, sustituir o destruir un modelo de estado o de sociedad o a un colectivo por su afinidad social, política, gremial, étnica, racial, religiosa, cultural e ideológica, esté o no organizado (Cinep, 2001).

Las consecuencias de éste tipo de violencia se clasifican según los agentes responsables y formas de actuar: agentes del estado, grupos de insurgencia armada, y otros grupos ajenos a los anteriores. En el primer caso, la violencia puede ser ejercida por representantes del estado o por particulares que actúan bajo el apoyo o tolerancia del mismo y sus consecuencias son descritas como una violación de los Derechos Humanos. Cuando es llevada a cabo por grupos armados de naturaleza subversiva que combaten contra el Estado o contra el orden social

vigente, sus actuaciones se dan en el marco de las leyes o prácticas de la guerra y por tanto, se denominan acciones bélicas. Sin embargo, cuando al desarrollarse los conflictos bélicos no se tienen en cuenta las disposiciones que los regulan, como por ejemplo el involucrar a la población civil dentro de sus prácticas de guerra, se conoce como una infracción al Derecho Internacional Humanitario. Por último, las acciones violentas, pueden ser desarrolladas por grupos ajenos al estado y a los grupos armados de insurgencia, motivados por la lucha en torno al poder político o por la intolerancia frente a otras ideologías, razas, etnias, religiones, culturas o sectores sociales estén o no organizados, en éste caso, se reconocen como consecuencias de la violencia política (Cinep, 2001).

La violencia en sus diversas manifestaciones como el conflicto armado, y con consecuencias sobre la población civil, como el desplazamiento forzado, conlleva consecuencias no sólo sobre el individuo que la padece, sino sobre la sociedad en general, en la medida en que desestabiliza su estructura y disminuye la posibilidad de desarrollo social del país.

### **1.1.2 La violencia política en Colombia**

Al analizar las causas de la violencia en un país, debe tenerse en cuenta que en ella interactúan una serie de factores que están en relación directa con el desarrollo social de los individuos, y que está mediada por el contexto histórico en el que participan los sujetos, así como por elementos culturales, políticos, económicos, legales y psicológicos, entre otros aspectos (Minayo, 1994).

Para el caso específico de Colombia se considera que han sido tres los factores que han favorecido el desarrollo de la violencia: la inequidad, la intolerancia y la impunidad. La inequidad ha estado asociada a factores económicos, y se ha derivado de la inadecuada distribución de la riqueza, así como de factores políticos y ético-culturales. La intolerancia, ha sido producto de las desigualdades sociales, que han favorecido la exclusión de ciertos grupos de la vida económica y política del país. Y finalmente, la impunidad, ha sido la sumatoria de problemas políticos, culturales y la presencia del narcotráfico, entre otros factores (Franco, 1999). Adicional a estos factores, la violencia también ha sido producto de la debilidad de las instituciones y de la estructura social, política, económica y legal del país (Gaitán, 1995; Camacho, 1997).

A nivel económico, se considera que el desarrollo de una política neoliberal, que llevó a la privatización de muchas empresas y a una escasa preocupación por los sectores sociales, contribuyó a aumentar las desigualdades y el sentimiento de insatisfacción en muchos colectivos. Por otra parte, el auge de los latifundios desde hace cinco décadas, con una inadecuada distribución de tierras y con la expropiación de terrenos a los campesinos, se convirtió no solo en instrumento de dominación sino también en un mecanismo de exclusión de la vida productiva del país (Suárez, 2002).

Desde el punto de vista político, la hegemonía ejercida durante muchos años por los partidos políticos tradicionales (el conservador y el liberal), llevó a la insatisfacción de grupos que no perteneciendo a ninguno de ellos, efectuaron movimientos de oposición, como reivindicación de sus derechos sociales. Es decir, su punto de partida se dio como una respuesta popular hacia los grupos con mayores privilegios económicos y políticos del país (Suárez, 2002).

Hacia la década de los cuarenta, hubo una intensificación de los conflictos sociales, efectuada a nivel rural por los movimientos campesinos y a nivel urbano por los movimientos obreros. Estos aspectos, propiciaron la formación de los primeros grupos militares del tipo guerrilla que surgieron como estrategia de defensa a colectivos en desventaja. Sin embargo sería el asesinato del líder Jorge Eliécer Gaitán en 1948, lo que extendió el conflicto político a diversas regiones del país y que se prolongó hasta la década de los sesenta. En el periodo de 1966 a 1982, se presentó una disminución de la violencia debida a conflictos políticos y fue a partir de los años 80 que se le relaciona con el narcotráfico.

En los ochenta y los noventa, se configuran tres procesos coyunturales para el país que favorecieron el incremento de la violencia: la puesta en marcha del modelo económico neoliberal, el surgimiento y desarrollo del narcotráfico y la agudización del conflicto político militar, con el fortalecimiento de los grupos armados (Guerrero, 1996; Cubides, 1998; Franco, 1999; Sánchez, 2000).

### **1.1.3 Actores del conflicto bélico**

En las últimas décadas, el Estado a través de sus fuerzas militares y policiales ha librado combates permanentes con la insurgencia armada, principalmente con los grupos de guerrilla. Sin embargo, sus acciones han sido en muchos casos ineficientes, dado que no posee una adecuada infraestructura para combatirlos. En Colombia, el porcentaje de tropas profesionales

es reducido, hay fallas de coordinación entre sus fuerzas armadas, existen problemas en cuanto a inteligencia estratégica y finalmente, al concentrar su radio de acción en las grandes ciudades, han disminuido su presencia en zonas rurales, en donde los grupos al margen de la ley tienen un control geográfico y estratégico (Suárez, 2002).

En Colombia, no se puede desconocer que aunque en sus inicios estos enfrentamientos se dieron como una reivindicación de los derechos sociales, como una respuesta popular a la violencia propiciada por los ricos, hoy en día se da como una expresión de desfases y confrontamientos en el campo de los valores y de las normas de la vida social (Franco, 1997). En la actualidad los principales grupos de guerrilla, son las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), el Ejército de Liberación Nacional (ELN) y el Ejército Popular de Liberación (EPL), que operan en casi todo el territorio nacional y han mantenido un enfrentamiento con las fuerzas del Estado durante un periodo aproximado de cincuenta años.

La debilidad del Estado permitió el surgimiento de otro actor armado: las Autodefensas Unidas de Colombia, que en el medio son reconocidos como grupos paramilitares. Esta organización surge hacia la década de 1980 como un grupo de civiles armados que defendían las propiedades y la integridad personal de grandes terratenientes, que habían sido atacados por la guerrilla. Sin embargo, sus mecanismos de acción son diversos, siendo muy común el uso de la amenaza y la eliminación de la población civil que en su concepto apoya a los grupos de guerrilla. De ésta manera, son numerosos los asesinatos, masacres, torturas y desplazamientos forzados que han originado en los últimos años. Su principal propósito es desintegrar las redes de la guerrilla en áreas donde tienen un control geográfico. Los paramilitares, al igual que la guerrilla, también financian sus operaciones con recursos provenientes de la economía ilegal, como el comercio de armas, el secuestro y el control de cultivos de coca en muchas regiones del país.

Las actividades tanto de la guerrilla como de los grupos paramilitares, se han incrementado en los últimos años, siendo cada vez mas frecuentes sus enfrentamientos por el control de áreas que desde el punto de vista económico resultan estratégicas. Sin embargo, sus acciones, no se han limitado al desarrollo de combates; sino que han establecido mecanismos de intimidación y de violencia hacia la población de zonas rurales y urbanas. De ésta manera los grupos paramilitares, la guerrilla e incluso las fuerzas del estado, se han convertido en los principales

violadores de los derechos humanos en el país (Sánchez, 1985; Arango, 1996; Rangel, 1998; Hernández, 1999).

A la anterior situación, hay que agregarle la falta de voluntad por parte de dichos grupos para el cese de los enfrentamientos, reflejando intereses distintos a los que en teoría han adoptado como principios políticos (Grupo Dial, 2002). Los combates entre las fuerzas armadas con los grupos revolucionarios se han intensificado y las acciones para el logro de una negociación pacífica al conflicto se ven aún lejanas, tras el fracaso de los diálogos de paz llevados a cabo en la anterior legislatura (1998-2002).

Unido a la falta de voluntades, el conflicto se ha agudizado, tras la ofensiva militar derivada de la aprobación y puesta en marcha del Plan Colombia (con amplio respaldo político y financiero por parte del gobierno de los Estados Unidos), que busca entre otros aspectos controlar los cultivos ilícitos, y recuperar áreas geográficas que fueron dominio del narcotráfico y de grupos armados. Sin embargo sus acciones han implicado la agudización de la problemática para muchos habitantes del país. En la primera fase del Plan (con acciones específicas en la zona sur del país) se han desarrollado operativos de erradicación de cultivos a través de actividades militares en contra de los grupos armados que controlan los cultivos ilícitos así como actividades de fumigación y eliminación manual. Esta situación ha conllevado al desplazamiento de muchos campesinos residentes en la zona, ya que no sólo han perdido parte de su economía de subsistencia, sino que también se han visto afectados por los enfrentamientos militares. El Plan Colombia, continuará desarrollándose en otras áreas del país y se proyecta como uno de los factores que propiciará mayores desplazamientos en el corto plazo (Grupo Dial, 2000).

En lo que compete a la actual legislación, son varias las dificultades que se han presentado, dada la poca voluntad de negociación que las FARC (principal grupo armado en el país) tienen con el gobierno nacional. De otra parte, aunque se han promovido diálogos con los grupos de Autodefensa para su desarme, al interior de dicha organización se ha generado una división interna que desconoce tales negociaciones, dado en gran medida por los intereses económicos derivados del control de áreas geográficas dedicadas al narcotráfico. Durante el año 2004, el único grupo revolucionario que ha intentado acercamientos con el gobierno colombiano ha sido el ELN, sin que hasta el momento se haya concretado un acuerdo definitivo.

Los aspectos descritos anteriormente, permiten visualizar que el conflicto armado ha evolucionado de una lucha política a una económica, que se encuentra manejada principalmente por los intereses del narcotráfico y que suponen el incremento de los costos sociales para el país, en la medida en que el conflicto permea a todos los sectores de la vida social, económica y política de los colombianos.

#### **1.1.4 Los costos de la violencia para el país**

Entre 1990 y 1998 la violencia en el país, provocó unos costos directos brutos de aproximadamente \$3.2 billones anuales, que corresponden a un 4.5% del PIB anual. De éste costo total \$1.1 billones es decir el 1.55% del PIB anual corresponde a los costos brutos del conflicto armado anual (Castro, 1999). Estos costos brutos incluyen la pérdida de capital físico, humano y recursos naturales; pero no incluyen los costos indirectos para la sociedad ni sus repercusiones macroeconómicas. No obstante, al no incluirse los costos de oportunidad para la sociedad, ni los efectos que el conflicto armado provoca sobre el bienestar y la calidad de vida de diversos colectivos, éstas cifras subestiman los costos reales que genera la violencia en Colombia, y las repercusiones que conlleva sobre la opinión pública nacional e internacional.

En lo que compete a los costos para el sector salud, la estimación de sus costos resulta difícil de efectuar ya que la relación entre la prestación de servicios de salud y la violencia derivada del conflicto armado se ha hecho sobre la base de las víctimas que son reportadas en los sistemas de registro. Otro aspecto que también limita la estimación de dichos costos lo constituye el nivel de subnotificación que existe por diferentes causas (De Currea, 2000).

Los estudios que han sido efectuados en ésta área, se han centrado en el análisis de las tasas de morbilidad y mortalidad. Últimamente se ha introducido el análisis de los años de vida saludables perdidos, que equivalen a los años perdidos no solo por muerte prematura sino también por discapacidad. Pero existen muy pocos indicadores sobre el deterioro de la calidad de vida, así como de otros costos indirectos.

El conflicto armado en Colombia en comparación con otras dinámicas de la violencia no genera el mayor número de víctimas mortales, aunque si aporta hasta un 13% de ellas (Hernández E, 1999). El conflicto armado provoca lesiones tanto fatales como no fatales, que conllevan altos costos de asistencia y rehabilitación para los servicios de salud.

Los compromisos que la violencia genera sobre la salud de la población, aumentan la demanda de servicios, congestionando a las instituciones y afectando los costos de atención, y por ende su calidad y cobertura. Al elevarse la demanda de servicios de salud, deben asignarse nuevos recursos o desviar los que habían sido destinados para otras áreas como la de atención básica (Organización Panamericana de la Salud, 1994), convirtiéndose en unos problemas más importantes por solucionar en el sector salud.

De ésta manera, el establecimiento de los costos de la violencia resulta difícil de estimar, ya que son muchas las consecuencias que se presentan tanto en el plano individual como colectivo y que desafortunadamente persisten en el largo plazo.

## **1.2 *El desplazamiento forzado en Colombia.***

### **1.2.1 Definición**

Para abordar el fenómeno del desplazamiento es necesario que se le reconozca como un proceso de movilidad humana que se incluye dentro de las migraciones. Las migraciones, se dividen en dos tipos: las económicas y las forzadas. Las económicas, se sustentan en la elección voluntaria de buscar nuevas oportunidades de trabajo y mejores condiciones de vida. En este grupo se incluyen las colonizaciones y las migraciones ligadas a un aspecto laboral o comercial. En segundo lugar, se encuentran las migraciones forzadas, que implican razones involuntarias, asociadas generalmente a la violencia, que exigen el traslado a un nuevo territorio (Giraldo, 1999).

Las migraciones forzadas se dividen en dos categorías: los refugiados y los desplazados internos. Los refugiados, son personas perseguidas por cuestiones de guerra, raza, religión, nacionalidad o el pertenecer a un grupo social o político (Toole, 1993), traspasan las fronteras internacionales y generalmente no regresan al país de origen por el temor a ser perseguidos por su condición. Y finalmente, son protegidos por disposiciones internacionales, como la establecida por las Naciones Unidas, a través de la Oficina del Alto Comisionado para los Refugiados. Los desplazados internos, tienen como principal característica que su migración se da dentro del territorio nacional, como consecuencia de continuas violaciones a los derechos humanos (Human Rights Watch, 1998), hasta hace poco tiempo no gozaban de reconocimiento político o social dentro de la comunidad internacional, y en términos de acogida no reciben ningún refugio, condición ésta última que no debe confundirse con la recepción temporal de desplazados que ofrecen algunas instituciones humanitarias en Colombia (Meertens, 1999).

De ésta manera, se plantea como principal diferencia entre el desplazado interno y el migrante económico, que el desplazado no tuvo la intención de migrar y el lugar de asentamiento no guarda relación en la mayoría de los casos con sus aspiraciones futuras, dadas las condiciones infráhumanas de los lugares donde se ubica. En cuanto al recuerdo de su pasado siempre lo acompañarán los hechos de violencia que vivió y que obligaron a la pérdida forzada de todos sus bienes y vínculos sociales.

### **1.2.2 Fases del desplazamiento**

Frente a las fases del desplazamiento no existe mucha claridad, dado que son diversas las circunstancias que influyen en su duración. Sin embargo, se considera que el desplazamiento atraviesa los siguientes estadios: de urgencia que corresponde a las primeras 72 horas de ocurrido el desplazamiento; la emergencia que es el periodo de tiempo transcurrido después de las 72 horas y mientras se define un asentamiento temporal para la población desplazada; y finalmente el periodo de transición, que corresponde al periodo transcurrido desde la ubicación de la población en un asentamiento temporal hasta que logra su reubicación definitiva o el retorno a su lugar de procedencia (Documento Conpes 3057 de 1999).

Es precisamente en la fase de transición donde los desplazados enfrentan mayores problemas, debido al cese de muchas de las ayudas humanitarias de emergencia y por otra parte a la dificultad para insertarse laboralmente (Programa Mundial de Alimentos Colombia, 2001; Procuraduría General de la Nación, 1999; Organización Internacional para las Migraciones, 2001).

Es difícil establecer el tiempo en que una persona permanecerá en condición de desplazado. Desde el punto de vista legal, se ha establecido que su condición cesa cuando la persona define una ubicación definitiva, habiendo accedido a una actividad económica<sup>1</sup>. Sin embargo, para que se logre tal condición, influyen diversos factores, no solo la elección de un territorio geográfico sino también elementos sociales, culturales y económicos, que le permitan al desplazado y a su familia contar con una adecuada calidad de vida (Naciones Unidas, 2000).

Durante todas las fases del desplazamiento, pero principalmente en la de transición, deberán agotarse todas las posibilidades para que el desplazado pueda retornar a su lugar de origen, garantizando su estabilidad económica y su seguridad personal, de lo contrario deberá asumirse el reasentamiento como una solución a largo plazo, con todas las implicaciones que conlleva las nuevas migraciones a las zonas urbanas.

---

1 Artículo 3, Decreto 2569 del 12 de diciembre de 2000, expedido por el Ministerio del Interior de Colombia, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 387 de 1997.

### 1.2.3 Clasificación del desplazamiento

Frente al fenómeno del desplazamiento existen dos grandes clasificaciones, una relacionada con la cantidad de personas que se desplazan y otra que hace referencia a su duración.

Con respecto a la cantidad de personas que se movilizan: los desplazamientos pueden ser familiares, individuales y colectivos. En Colombia, la tendencia es a que se desplace el núcleo familiar, ya que existe el temor de que las amenazas se extiendan a diversos miembros de la familia. Los desplazamientos individuales, corresponden a atentados o amenazas contra un miembro de la familia, generalmente el jefe de familia. Y finalmente, se encuentran los desplazamientos colectivos, integrados por familias, amigos y vecinos de un mismo territorio. Los desplazamientos colectivos, corresponden casi siempre a éxodos campesinos, aunque en los dos últimos años se han aumentado los casos de desplazamientos de zonas urbanas, generalmente de pequeñas cabeceras municipales. Los desplazamientos colectivos aumentaron de 254 en el año 2000 a 403 en el 2001, incrementándose en un 58% éste fenómeno (Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, 2002). Los desplazamientos masivos casi siempre son provocados por el enfrentamiento entre las fuerzas del estado y los grupos de guerrilla, así como de las Autodefensas con los grupos subversivos y se caracterizan por desarrollar acciones de guerra como son bombardeos indiscriminados, destrucción de viviendas, masacres y la expulsión directa de la población de sus territorios.

Con relación a la duración el desplazamiento, éste puede ser temporal, definitivo o intermitente. En los desplazamientos temporales, se reconoce la posibilidad de retorno temprano. Los definitivos, se caracterizan porque la población no ve viable su retorno o no quiere regresar por el temor a que se repitan nuevos actos de violencia (Conferencia Episcopal, 1.995). Finalmente en los intermitentes la población regresa a su lugar de origen pero ante la intensificación de las acciones de violencia vuelven a desplazarse (Zafra, 2001).

En Colombia priman los desplazamientos de tipo familiar, aunque como se describió las acciones de guerra entre diversos frentes, están aumentando cada vez más los desplazamientos masivos. En cuanto a la tendencia de duración, el agravamiento del clima sociopolítico en el país, hace que muchos desplazados no encuentren las condiciones mínimas que garanticen su regreso, ni su estabilidad económica, por lo que prefieren quedarse en las ciudades, muchas veces en condiciones de anonimato, uniéndose a las personas que en el país se encuentran en condiciones de extrema pobreza..

#### **1.2.4 Magnitud del desplazamiento**

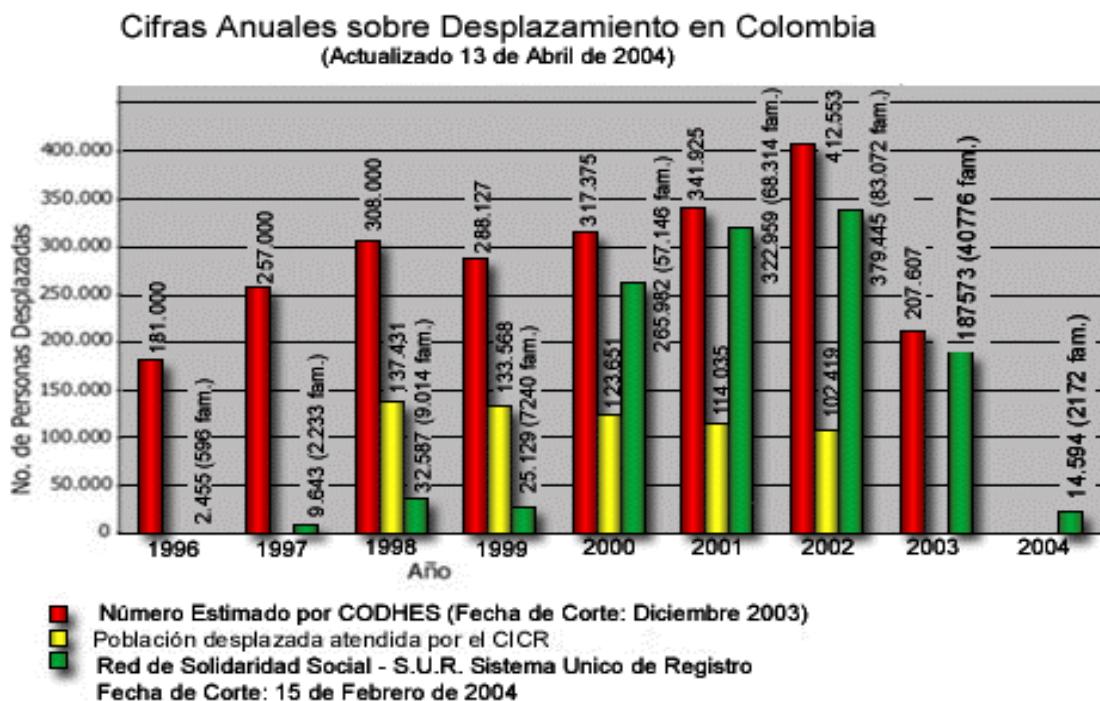
En 1992 el gobierno colombiano tuvo conocimiento por primera vez de la magnitud de población desplazada que tenía en su territorio, cuando el Comité para Refugiados de los Estados Unidos, estimó que existían trescientas mil personas desplazadas. En 1995 la Conferencia Episcopal de Colombia estimó en 586.261 los desplazados por la violencia entre enero de 1985 y agosto de 1994 (Naciones Unidas, 2000). La Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (Codhes), consideró que entre 1996 y 1998, esta cifra se incrementó a 746.000, cálculo que resulta superior a las estimaciones oficiales de 381.755 desplazados para ese mismo período.

En Colombia, la magnitud del desplazamiento resulta difícil de estimar. En opinión de la Red de Solidaridad Social (2002), existen grandes deficiencias en las fuentes de información y en los mecanismos de seguimiento ya que los métodos de recolección y de validación de los datos son distintos y se tienen conceptos de población desplazada diferentes. Mientras algunas fuentes tratan de estimar la magnitud total del problema, otras solo reportan a las personas que demandan atención. Adicionalmente, muchas de las diferencias existentes en los registros de población desplazada pueden deberse a que los sistemas de información han sido desarrollados en distintos períodos y territorios geográficos

Para el caso del Codhes, ésta organización centra sus estimaciones en los registros que ha elaborado a partir del sistema de información Sisdes, buscando calcular el desplazamiento de una manera acumulada. Las estimaciones de la Pastoral Social de Colombia (Conferencia Episcopal), refiere cifras de las personas que en un momento dado han sido desplazados, sin tener en cuenta su comportamiento histórico, registrando la población desplazada que evidencian dentro de sus jurisdicciones eclesiásticas (González, 2002).

Por su parte, la información que ofrece el Comité Internacional de la Cruz Roja, es de la población desplazada que ha sido atendida por ellos, sin exigírseles la acreditación de su condición de desplazados. Hoy en día se constituye en una de las instituciones que más ayuda humanitaria de emergencia confiere a ésta población. Finalmente la Red de Solidaridad Social de la Presidencia de la República, presenta dos cifras: las del Sistema Único de Registro (SUR) y las del Sistema de Información de Fuentes Contrastadas (SEFC), que son estimaciones y resultan más altas que las proporcionadas por el SUR. Las cifras del SUR, solo indican el número de personas desplazadas que solicitan atención del Estado, de allí que al

constituirse en la única fuente oficial reconocida, sus estimaciones resultan inferiores a otras fuentes porque no tiene en cuenta a la totalidad de la población que presenta ésta problemática.



Gráfica 1 Estadísticas comparadas desplazamiento en Colombia (1996-2003)

Fuente: Salud y Desplazamiento. Organización Panamericana de la Salud. 2004.

Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/investigacion.htm>

A pesar de las diferencias existentes, entre una y otra fuente, la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (2003), considera que el fenómeno del desplazamiento se ha incrementado en los últimos años, de manera acelerada. Estableciendo que desde el año 1985 a 2003, la violencia ha provocado el desplazamiento forzado a una población cercana a 3.090.123 personas, que representan aproximadamente el 7% de la población colombiana.

La expulsión de población desplazada está afectando a una extensión cada vez mayor del país, pasando de un número de 26 departamentos de llegada en el 2001 a 31 en 2002. Mientras en el año 2000 fueron afectados por este fenómeno 480 municipios, en el 2001, la cifra ascendió a 819. De ésta manera, el 74% de los municipios del país están siendo afectados por éste fenómeno. En cuanto a su condición, 183 municipios fueron expulsores de población, 120

fueron receptores, y 516 presentaron la doble dinámica de expulsión y llegada de población (Red de Solidaridad Social, 2002). De ésta manera, cerca de mil personas son desplazadas diariamente: 42 personas cada hora, aproximadamente, una familia cada diez minutos (Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, 2002).

Todos los departamentos del país, con excepción de San Andrés, expulsan población. Al analizarse la información por micro regiones, se encuentra que 20 de éstas expulsan el 69% de la población, pero al mismo tiempo son receptoras de un 59% de población que a ellas llega.

<b>Departamentos expulsores</b>	<b>Departamentos receptores</b>
Antioquia (18.95%)	Antioquia (16.21%)
Bolívar (12.02%)	Bolívar (8.36%)
Magdalena (7.29%)	Sucre (8.14%)
Cesar (5.89%)	Magdalena (5.83%)
Chocó (5.46%)	Valle del Cauca (5,64%)
Sucre (5.29%)	*Bogotá (5.34%)

**Tabla 1. Principales departamentos expulsores y receptores de población desplazada en Colombia**

Fuente: Red de Solidaridad Social (Abril, 2003).

Mientras todos los datos reflejan la condición de departamentos expulsores y receptores, los porcentajes de Bogotá corresponden a su situación exclusiva como Distrito capital, constituyéndose de ésta manera en el principal centro urbano receptor de población desplazada del país.

### **1.2.5 El desplazamiento en Bogotá**

Al igual que otros estimativos que se han llevado a cabo en el resto del país, frente al número de personas desplazadas que residen en Bogotá, tampoco existen acuerdos, existiendo diferencias significativas, entre unos y otros sistemas de registro.

La Unidad de Atención Integral a la Población Desplazada -UAID- del Distrito Capital, tomando como referencia el número de inscritos en el Sistema Único de Registro de la Red de Solidaridad Social, reportó que entre mayo de 1999 y agosto de 2002, se han atendido aproximadamente a 35.000 personas desplazadas en la Ciudad de Bogotá. Sin embargo, según cifras acumuladas de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, entre 1985 a agosto de 2002, Bogotá, ha recibido aproximadamente a 480.000 personas, que se constituirían en el 23% del total de la población desplazada del país (Acnur, 2003). Otras cifras, establecen que sólo entre el periodo de 1995 a 1998, arribaron a Bogotá, 377.555 personas aproximadamente (Arquidiócesis de Bogotá, 1999).

Bogotá, como capital de la república, y centro de referencia político del país, se ha convertido en el imaginario de desarrollo social y económico, para muchas familias desplazadas, lo que la constituye en uno de los principales centros urbanos receptores de ésta población. Sin embargo, la situación se complejiza, si se tiene en cuenta que la infraestructura de la ciudad, ha resultado insuficiente para dar respuesta a las crecientes necesidades que demanda ésta población, y a la respuesta que debe dar a su propia población. Por otra parte, frente a la posibilidad de retorno a los lugares de origen, de las familias que se han ubicado en Bogotá, la mayoría de ellos (57%), manifiesta su intención de no retornar, hasta tanto no se obtenga una solución al conflicto armado en el país (Arquidiócesis de Bogotá, 1999).

### **1.2.6 Características sociodemográficas de la población desplazada.**

Los desplazados en Colombia son un grupo muy heterogéneo, cuyo status de desplazado no se deriva de ninguna característica en común sino que tiene un carácter circunstancial: el ser habitante de una región de conflicto armado (Meertens, 1999). Su desplazamiento, ocurre tanto a nivel individual como familiar, aunque en los últimos años se ha evidenciado el aumento de los éxodos masivos en zonas con alta presión de los grupos armados.

El hecho de abandonar los sitios de origen, hace que gran parte de la población rompa sus lazos de pertenencia con un territorio y adicionalmente pierdan valores como la solidaridad, la

cooperación ciudadana y su identidad colectiva (Centro de Investigación y Educación Popular, 1997; Meertens, 1999).

El país contaba en 1997 con una población estimada en 43.034.395 millones de habitantes. Se considera que un 49,5% son hombres y un 50,5% mujeres, estando un 71% del total ubicados en zonas urbanas (Ministerio de salud, 2001). Aunque dos terceras partes de los desplazados provienen de zonas rurales, el desplazamiento urbano está creciendo en la actualidad, siendo cada vez más los colectivos que se están viendo afectados como los trabajadores, maestros, sindicalistas y miembros de grupos étnicos minoritarios (Centro de Investigación y Educación Popular, 1997; U.S. Comitte for Refugees, 1998).

La niñez, es uno de los grupos que más sufre las consecuencias del conflicto armado. Un 74,4% de los desplazados en Colombia son menores de edad, en tanto que un 5,2% son personas de la tercera edad y un 56,4% mujeres. Aproximadamente un 86% de la población desplazada, es de raza blanca o mestiza, 12% es negra y un 2% indígena (Secretariado Nacional de Pastoral Social, 2003); porcentaje que denota el número creciente de etnias consideradas minoritarias en el país, que están siendo víctimas del desplazamiento forzado.

Para el caso de Bogotá, la mayor parte de la población que llega es joven, cerca del 80% está por debajo de los 26 años: el 65,5% es menor de edad y el 14,9% corresponde a jóvenes que están entre los 18 y los 26 años. El 16,6% está en edad adulta y sólo el 3,0% corresponde a adultos mayores, considerándose en ésta edad a los que son mayores de 60 años. En cuanto a la distribución por sexo, un 55% son mujeres (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2003).

Desde el punto de vista educativo, el 21,1% de los jefes de hogar no tienen ningún tipo de estudios formales, el 64,4% ha cursado la primaria de manera completa o incompleta. Para los demás miembros de la familia, la situación no resulta más favorable ya que un 38,4% no tiene ningún nivel de formación y solo cuenta con educación primaria un 48,7% de ellos (Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, 1999). Sin embargo, la situación mas dramática la viven los menores de edad, quienes deben suspender sus estudios, y adicionalmente enfrentan en la ciudad, limitaciones para el acceso a las instituciones educativas.

En cuanto a los cambios que produce el desplazamiento en la reorganización de la estructura familiar y social, es común encontrar modificaciones en los roles ocupacionales, ya que antes del desplazamiento la mayor parte de la población provenía de zonas rurales cuyas actividades estaban directamente relacionadas con la agricultura y la ganadería. Tal situación se ve transformada en la ciudad, donde el hombre tiende a quedar desempleado o a vincularse a la economía informal y es la mujer quien debe asumir en esos casos, aunque con menores ingresos la jefatura y el sostenimiento del hogar. La mujer tiende a ocuparse como empleada doméstica, a desarrollar actividades dentro de la economía informal e incluso a trabajar en la prostitución, teniendo una ruptura de su estilo de vida, de su rol y de su identidad social (Meertens, 1995; Rueda, 1997; Procuraduría General de la Nación, 1999; Arquidiócesis de Bogotá, 1999; Giraldo, 1999; Gómez, 2000; Lozano, 2000).

Para el Sistema Único de Registro, de 57.471 hogares analizados el 49,7% tiene jefatura femenina y un 50,3% jefatura masculina. Cifras que contrastan con el resto de hogares colombianos en donde solo un 24% de las mujeres tienen bajo su responsabilidad la jefatura del hogar (Red de Solidaridad Social, 2002).

La situación socioeconómica lleva a que la población que se encuentra en fase de transición no pueda acceder fácilmente a una vivienda, de allí que deba ubicarse en zonas marginales donde sus ingresos les permitan sostenerse. Por el hecho de construir sus propias viviendas en muchos casos con materiales de mala calidad o de ubicarse en sitios donde fallan casi todas las condiciones medioambientales. Sólo un 47% de ellos cuenta con servicios de acueducto, un 48% con servicio de recolección de basuras y un 23% con alcantarillado, enfrentando las consecuencias sanitarias de residir en viviendas no aptas para el desarrollo de un ser humano (Organización Internacional para las Migraciones, 2001).

Estas circunstancias ponen de manifiesto que la difícil situación económica de la población desplazada, relacionada con la pérdida de sus bienes de subsistencia y a la dificultad para insertarse en la vida laboral en el nuevo lugar de asentamiento, limitan su acceso a los servicios públicos y los obliga a residir en condiciones que conllevan a un deterioro progresivo de su calidad de vida, lo cual no solo agrava su condición, sino que de igual manera aumenta sus posibilidades de marginación social.

## **1.3 Desplazamiento y Salud**

Colombia como muchos de los países latinoamericanos, tiene un gran número de problemas derivados de sus desigualdades sociales, de fallas en la asignación del gasto público y de factores de riesgo sociales y ambientales que favorecen la presentación de enfermedades que hoy en día se consideran como prevenibles.

Esta problemática no resulta ajena a la población desplazada, ya que una gran parte de sus problemas de salud tiene correspondencia con el perfil epidemiológico de la población colombiana en similares condiciones socioeconómicas. A ésta situación deben agregarse los problemas asociados al desplazamiento, una menor afiliación al SGSSS y las mayores dificultades para acceder a los servicios de salud; circunstancias que la convierten en una población con amplias necesidades en ésta área.

### **1.3.1 Problemas de salud de la población desplazada**

En la población desplazada, son múltiples los eventos negativos que influyen sobre su salud, como las largas jornadas de marcha, la pérdida de seres queridos durante el conflicto o como consecuencia de enfermedades no tratadas a tiempo, los cambios climáticos y de alimentación, entre otros aspectos. Así mismo, los lugares de asentamiento en ambientes de extrema pobreza, en condiciones de hacinamiento, en viviendas que han sido construidas con materiales de baja calidad y en zonas de alta contaminación ambiental, con fallas en el manejo de excretas, falta de acceso a una alimentación balanceada, violencia doméstica y cambios conductuales, entre muchos otros factores, la convierten en una población susceptible de presentar problemas de salud de diversa índole (Morales, 1998; Organización Internacional para las Migraciones, 2001).

El Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud (2001), realizaron un perfil epidemiológico con población desplazada en el barrio Nelson Mandela de la ciudad de Cartagena, encontrando una alta prevalencia de enfermedad tanto en niños como en adultos. Sólo el 7% de los niños se encontraron sanos en los 15 días anteriores a la encuesta y para el caso de la población mayor de 17 años el porcentaje fue del 33%. Las afecciones mas frecuentes tanto en niños como adolescentes y adultos, fueron las patologías infecciosas.

Estos datos tienen similitud con el estudio efectuado por la Organización Internacional para las Migraciones (2001), quienes encontraron que cerca de un 80% de hogares desplazados en seis departamentos colombianos, habían tenido algún tipo de enfermedad en los tres meses previos a la encuesta, principalmente gripe o catarro, fiebre y diarrea.

En contraste, Diez (1997) reportó que dentro de los síntomas que refieren familias desplazadas en la zona de Urabá, se encuentran los relacionados con trastornos del humor (90%), síntomas del sistema nervioso (76.6%), cefalea (70%), enfermedad diarreica aguda (66.6%), trastornos de la piel (53,3%), parasitosis (50%), síntomas febriles (50%) e Infección Respiratoria Aguda (13,3%).

En la población desplazada, la presencia de patología infecciosa es uno de los puntos en donde existe mayor acuerdo en los estudios, siendo reportada como uno de los principales motivos de consulta en los servicios de salud (Gobernación del Valle del Cauca, 2001). A nivel internacional, las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, sarampión y otras enfermedades infecciosas, han sido evidenciados de manera común en refugiados y desplazados internos, que incluso han llevado a la muerte de muchos de quienes lo padecen (Naciones Unidas, 1996).

De igual manera se encuentran estudios cuyos resultados difieren de los anteriores. Tal es el caso del efectuado por el Secretariado Nacional de Pastoral Social (2001), quienes describen como principales problemas de salud, el dolor general en un 66,35% de los casos, seguido por las enfermedades cardiovasculares con el 10,35%; de piel con el 5,36%; respiratorias con el 3,37%, digestivas con el 1,19%, y las enfermedades de tipo psicosomático con el 0.28%. Sin embargo, frente a éste último porcentaje, se considera que su cifra podría ser mayor, pudiendo existir la posibilidad de que su descripción se haya incluido dentro de la categoría de dolor general.

A nivel internacional, muchos estudios (la mayoría de ellos efectuados en población refugiada), han evaluado el impacto de la guerra sobre diferentes colectivos (Summerfield, 2000; Gorst-Unsworth;1998; Farias, 1991); así como la magnitud y los factores asociados al compromiso de la salud mental en ésta población, encontrando como síntomas comunes a las experiencias de guerra el síndrome de estrés postraumático y manifestaciones somáticas como dolores de cabeza, dolores o malestar no específico en torso y miembros, vértigos, debilidad, y fatiga (Summerfield, 2000; Goenjian, 2000). Alrededor de un 40% de las personas

expuestas a la violencia de la guerra han presentado algún tipo de sintomatología psiquiátrica (Mollica, 1999).

Para el caso de la población desplazada en Colombia, El Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud (2001), valoraron el estado de salud mental de 191 personas desplazadas entre los 15 y los 65 años, en el municipio de Soacha, evidenciando que el 36% de ellos presentaban algún tipo de compromiso de su salud mental, siendo las mujeres quienes tenían la mayor sintomatología en un 40% de los casos, frente a un 32% de los hombres. Los síntomas referidos por la población son preocupación constante, debilidad, insatisfacción frente a los proyectos de vida, intranquilidad, dificultad para dormir, nerviosismo, irritabilidad y dolores de cabeza (Levav, 1993).

Palacio y cols (1999), al contrastar la situación de 49 niños y jóvenes desplazados entre los 7 y 16 años, con niños y jóvenes no desplazados, encontraron una mayor tendencia de comportamientos depresivos y ansiedad en los jóvenes desplazados, que correlacionaron directamente con los actos violentos que presenciaron en sus territorios de origen.

Los cambios de vida introducidos por el desplazamiento, junto con el compromiso de la salud mental de sus miembros, repercuten de manera directa en la estabilidad psicosocial de la familia. En muchos casos, la tensa situación por la que atraviesan favorece una dinámica de violencia a nivel intrafamiliar que se convierte en una prolongación y complejización del conflicto armado y del desplazamiento (Asociación ProBienestar de la Familia Colombiana, 2001). La mujer, principalmente la joven, reconoce cambios actitudinales hacia los miembros de su familia y una modificación de la comunicación, que pasa de estar basada en el afecto a estar basada en el poder (Castaño, 1996; Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, 1999). Sin embargo, en muchos casos la violencia intrafamiliar procede del hombre, siendo frecuente que acuda a la fuerza como un medio de ejercer y demostrar la autoridad dentro del hogar (Asociación ProBienestar de la Familia Colombiana, 2001)

Otros problemas que han sido descritos en la mujer y que tienen un alto impacto sobre su estabilidad psicosocial son los derivados de la violencia sexual, la adquisición de enfermedades de transmisión sexual y la maternidad temprana (Asociación ProBienestar de la Familia Colombiana, 2001; Segura, 1998; Tobón, 1998; Meertens, 1998).

Un estudio de carácter cualitativo que partió del punto de vista del sujeto en torno a la percepción de los problemas de salud originados por el desplazamiento, describe el compromiso de la salud mental, los trastornos relacionados con la alimentación y la pérdida de la estabilidad psicosocial, como los problemas más importantes percibidos por la población desplazada (Mogollón y cols, 2003).

Otro problema que padece la población desplazada principalmente en la fase de transición, es la disminución del consumo calórico como consecuencia del cese de las ayudas humanitarias de emergencia y de la generación de una subsistencia independiente. Se ingieren alimentos más económicos y a su vez, con valores nutricionales más bajos, lo que favorece la pérdida de peso, la presencia de desnutrición (Programa Mundial de Alimentos Colombia, 2001; Primer Encuentro de Responsables de Nutrición de Organizaciones de Ayuda Humanitaria en Colombia, 2001), así como una mayor tendencia a adquirir enfermedades de diversa índole. Un 41% de los hogares desplazados con niños menores de 12 años ha reportado la pérdida de peso en uno o más de estos niños durante los últimos seis meses (Organización Internacional para las Migraciones, 2001)

Una encuesta realizada en Altos de Cazucá (Soacha), con el fin de diagnosticar la situación nutricional en niños entre los 6 a 59 meses de edad, tanto en población residente como desplazada, encontrando que todos ellos presentan características comunes con índices de desnutrición crónica por encima de la media nacional. El 25,5% de los niños menores de 59 meses presentaba desnutrición crónica global. Sin embargo, en la población que manifestaba ser desplazada, este índice subía hasta el 31,9%. Estas diferencias son significativas con respecto a los índices de desnutrición crónica que se evidencian en el año 2000 en el país, que son del 13,5%, y de un 19,4% para la población de las áreas rurales (González, 2001).

Por otra parte, las familias desplazadas con tiempos de asentamiento entre 4 y 12 meses y aquellas desplazadas entre uno y dos años son las más vulnerables, en términos del número de recursos en especie, el ingreso y el gasto diario. En ellas, es frecuente que se prolonguen las condiciones de precariedad, después de los tres primeros meses de ocurrido el desplazamiento, tiempo en el cual suelen recibir mayores ayudas alimentarias de emergencia (Programa Mundial de Alimentos Colombia, 2001). Sin embargo, al ser las necesidades alimenticias una de las prioridades a satisfacer en éste colectivo, es necesario que las acciones

no se supediten a las ayudas nutricionales de emergencia, sino que se desarrollen mecanismos que posibiliten la seguridad alimentaria a largo plazo (Red de Solidaridad Social, 2002).

En resumen, los hallazgos referenciados en diversas investigaciones demuestran que el desplazamiento por conflicto armado, afecta de manera significativa la salud de quien la padece. Siendo los problemas más representativos las patologías de origen infeccioso, el compromiso de la salud mental, los trastornos relacionados con la alimentación y la sintomatología de tipo doloroso.

### **1.3.2 Afiliación de la población desplazada al Sistema General de Seguridad Social en Salud**

Dado que en Colombia no ha sido posible establecer la cifra real de personas desplazadas por la violencia, resulta difícil determinar el número exacto de desplazados que se encuentran afiliados al SGSSS y por tanto, con acceso a los servicios de salud. De allí que con frecuencia se encuentra disparidad en cuanto a las cifras reportadas.

Algunas aproximaciones al respecto, han encontrado que el porcentaje más alto de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud se encuentra en las personas desplazadas mayores de 17 años y en ellos solo alcanza a ser del 50%. El porcentaje mas bajo lo constituyen los niños y adolescentes, donde el promedio de afiliados es del 25% (Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud, 2001).

De 36.000 personas ubicadas en Altos de Cazucá (Soacha), el 27,6% manifestó ser desplazada, y sólo un 2,5% de ellos poseía la certificación estatal que reconocía su condición de desplazado. Esto se constituye en un problema adicional, ya que si una persona desplazada no quiere ser identificada, al no estar afiliada al SGSSS, debe hacerse cargo de los costos de atención de salud (González, 2001). En cuanto al tipo de seguro disponible y afiliación al Sistema entre residentes y desplazados, se evidenció que no poseían ningún tipo de aseguramiento para su salud el 27,9% de los residentes, cifra que ascendía al 37.7% en los desplazados. Como vinculados al sistema se encontraba el 24,5% de los residentes y un 30,8% de los desplazados. Efectuaban sus aportes al régimen contributivo el 18,1% de las personas residentes y sólo el 14,2% de los desplazados, y pertenecían al régimen subsidiado el 23% de los residentes versus un 12,3% de la población desplazada (González, 2001).

En otros estudios, se ha encontrado que más de la mitad de los hogares de población desplazada se encuentra afiliada a un plan médico de seguro, ya sea a través del régimen subsidiado (48%) o con planes de salud públicos/privados (14%). Los hogares que no están afiliados a ningún plan médico representan el 38% restante. En los hogares cuya jefatura está a cargo de la mujer la no afiliación asciende al 45% y en los hogares afro colombianos a un 47% (Organización Internacional para las Migraciones, 2001).

Estas cifras difieren de las presentadas por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud en el mismo año (2001), encontrando que un 50.8% de los usuarios desplazados que consultaron a los servicios de salud, asumieron los costos de estos servicios. Sólo un 19.7% estaban financiados por una EPS o ARS, y un porcentaje cercano a un 20% logró obtener atención gratuita.

Según los datos de la Unidad de Atención Integral a Población Desplazada del Distrito, del total de familias inscritas entre mayo de 1999 a agosto de 2002, la situación de afiliación a la Seguridad Social a la llegada a Bogotá es grave, teniendo en cuenta que tan solo un 3,9% está afiliada al régimen contributivo, un 10,7% al régimen subsidiado y carece de afiliación al SGSSS el 83,5% de las familias (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2003).

Las dificultades para la afiliación del desplazado al SGSSS en la ciudad, hacen referencia a la falta de visitas domiciliarias para ser “sisbenizados”, a poseer un carnet de otra cabecera municipal, a la falta de información sobre los procedimientos a seguir (Díez, 1997), a las dificultades para el reconocimiento de sus derechos por el traslado de la documentación y en otros casos por tener que afiliarse nuevamente (González, 2001).

### **1.3.3 Factores que limitan el acceso a los servicios de salud en la población desplazada**

El acceso oportuno a los servicios de salud, se constituye una de las principales demandas que efectúa la población desplazada, y uno de los problemas a resolver desde las instituciones de salud. Ramos (1999), en un estudio efectuado con 725 familias desplazadas del departamento de Atlántico, refiere que el 100% de las familias desplazadas manifestaron como necesidad el acceso a los servicios de salud, la instalación de puestos de salud cercanos a su lugar de residencia y la prestación gratuita de los servicios de salud

En Colombia, además de las dificultades para la afiliación al SGSSS, existen barreras para el acceso que provienen de las instituciones prestadoras de servicios de salud así como de las personas en condición de desplazamiento.

En lo que hace referencia a los factores de carácter institucional, no se puede desconocer que en el país, las IPS y en especial las ESE tienen una sobrecarga asistencial, que se constituye en una limitante para el acceso de la población en general (Carreño, 2002).

De igual manera, el precario sistema de financiación que tienen las instituciones, las ha llevado a discriminar la atención a los pacientes para garantizar su funcionamiento. Por otra parte, son numerosos los procedimientos, así como las instituciones de índole nacional, territorial y local, que intervienen en el proceso, que unido a las diferencias en cuanto a los planes de beneficios entre un régimen y otro, y a la procedencia de los recursos de financiación, pueden constituirse en limitantes para el acceso a los servicios de salud por parte de la población desplazada (González, 2001).

Un ejemplo específico de la anterior situación se describió en Florencia (Caquetá), en donde algunas instituciones públicas y privadas manifestaron las dificultades para recibir los reembolsos de dinero por concepto de la atención ofrecida a la población desplazada. Se encontró que algunas facturas eran devueltas porque los datos de un desplazado con carné no estaban a disposición del FOSYGA y por tanto, no lo podían considerar como desplazado (González, 2001).

Desde el punto de vista institucional es importante tener en cuenta, el conocimiento que se tiene de las disposiciones gubernamentales en torno a la política de atención a la población desplazada y de las capacidades que tienen para su atención. Al respecto, en las ciudades de Santa Marta y Valledupar, se encontró que si bien la mayoría de las instituciones conoce las disposiciones de la ley 387 de 1997, solo la Secretaría Departamental de Salud conocía los lineamientos de atención psicosocial, y los principios rectores de los Desplazamientos, así como de los planes de contingencia para abordar ésta problemática. En cuanto a las orientaciones que recibían los profesionales frente al manejo de la población desplazada éstas resultaron deficientes (Carreño, 2002).

Otros factores, que también se convierten en barreras para el acceso a los servicios de salud, lo constituyen la falta de puestos de salud y de hospitales cercanos al lugar de residencia y las

malas vías de acceso dentro de los lugares en que se encuentran ubicados (Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2001). Esta situación no solo afecta a la población desplazada, sino también a la población en general que se encuentra en condiciones de pobreza, y que viven en zonas marginales de áreas urbanas, o en territorios rurales que exigen el recorrido de amplias distancias geográficas.

Las barreras de acceso también provienen de los propios desplazados, siendo el mas importante su precaria situación económica (Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, 1999; Mogollón y cols, 2003). En el caso de la mujer, como cabeza de hogar o como cuidadora, la decisión de asistir a los servicios de salud se torna particularmente difícil. Con frecuencia carece de medios para dejar a los menores a su cargo o debe escoger entre la realización de actividades que suponen un ingreso económico y la solución de sus propios problemas de salud. Otros de los factores que también limitan el acceso por parte de la población desplazada lo constituyen el desconocimiento de sus derechos y de los procedimientos a seguir (Mogollón y cols, 2003).

#### **1.3.4 Utilización de los servicios de salud por parte de la población desplazada**

Aunque la Ley 100 de 1993, buscó mejorar la prestación de servicios de salud, los resultados no han sido del todo satisfactorios. Por una parte, la cobertura de atención en la parte curativa continúa siendo muy reducida, y se están descuidando programas de salud pública orientados al control de enfermedades endémicas y epidémicas (Uribe, 1998). Por otra, a pesar de que se han implementado estrategias de aseguramiento de la calidad en la prestación de los servicios, existen deficiencias que se visualizan en la infraestructura, en los tiempos de espera, en la baja cobertura de los programas existentes, etc.

Esta situación, también se evidencia en la población desplazada, dado el desequilibrio que existe entre sus necesidades y la capacidad del Estado para responder a ellas. Hacia finales de 1996, sólo el 1.28% de los desplazados había recibido algún tipo de atención médica (De Currea, 2000). Para 1999, las circunstancias no habían mejorado, ya que un 84% de la población desplazada aún no contaba con servicios de salud y aquellos que lo habían recibido se quejaban de su baja calidad (Muggah, 1999).

Con respecto a la calidad de los servicios ofrecidos, la población desplazada percibe una mejor atención cuando acude por afecciones leves, en tanto que cuando lo hacen por

enfermedades graves consideran que la calidad disminuye (Carreño, 2002). Esta situación, puede responder a las debilidades que tiene el Plan Obligatorio de Salud, específicamente el subsidiado, al restringir su prestación a ciertas patologías y al manejo por períodos mínimos de cotización; sin tener presente los perfiles epidemiológicos de la población.

La baja cobertura de los servicios de salud también afecta a los programas de prevención y promoción en diversos grupos de edad. Muchos de los programas habituales de promoción y prevención, están debilitados y algunos casi ausentes en la población desplazada (Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2001).

La cobertura en vacunación es deficiente. Para los niños menores de 5 años, las coberturas no superan el 62% y este valor solo es obtenido en los niños mayores de 2 años y que llevan más tiempo de ser desplazados: En los escolares la situación tiende a mejorar, pero sin alcanzar valores superiores al 85%, excepto para BCG. La mayoría de los biológicos se encuentran un 20% por debajo de las coberturas nacionales y departamentales. Otro programa que muestra el escaso acceso de la población infantil a los programas de promoción y prevención, es la asistencia a control de crecimiento y desarrollo o salud del escolar, que es solo de 14% para los niños menores de 5 años y del 9% en el grupo de 5 a 11 años (Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2001). Esta situación impide detectar y manejar de manera oportuna diversos trastornos del desarrollo motriz, de aprendizaje y del estado de salud en general de los niños desplazados.

Los programas de prevención dirigidos a la población adulta, no muestran diferencias significativas. Para el caso específico de las enfermedades crónicas trazadoras, el tamizaje de cáncer de seno o cérvix y la prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas, la participación es muy reducida (Morales y Torres, 1998).

En cuanto a la situación de la mujer, los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginales, sobre la situación de las mujeres desplazadas en Colombia, revelaron que los programas de promoción y prevención son conocidos entre un 4 y 5% de las entrevistadas, coincidiendo con la baja participación de las mujeres desplazadas en sesiones educativas de prevención. Cerca de un 90% de ellas no han asistido a las charlas sobre salud básica familiar y salud sexual y reproductiva. Las adolescentes desconocen en más de un 90% las enfermedades de transmisión sexual, constituyéndose en un gran problema si se tiene en cuenta que el desplazamiento fomenta la promiscuidad. Dos de cada tres jóvenes

de 19 años ya han sido madres, mientras que para el resto de la población colombiana la relación es de 1 a 3 para esta misma edad (Asociación ProBienestar de la Familia Colombiana, 2001). Esta situación se complejiza si se tiene en cuenta que el control prenatal solo lo recibe uno de cada tres desplazadas que se encuentra embarazada (Morales y Torres, 1998).

En otros servicios como la salud oral se evidencia que solo un 6.3% de las personas acuden a los servicios de odontología, lo que evidencia poca demanda del servicio o baja prestación hacia la población desplazada (Morales y Torres, 1998).

Los anteriores resultados demuestran que aun cuando la ley disponga la obligatoriedad de brindar atención en salud a la población desplazada, existen un sin número de factores que están limitando el acceso y utilización de los servicios de salud por parte de éste colectivo.

## 1.4 Las políticas públicas en salud

### 1.4.1 Definición de políticas públicas

Son muchas las acepciones que existen sobre las políticas públicas, algunos autores centran sus apreciaciones en considerarlas como “acciones”, emprendidas en éste caso por el gobierno, para abordar situaciones concretas. Entre ellos, se encuentra Anderson, quien las considera como “*un curso de acción seguido por un actor o conjunto de actores para manejar un problema o asunto de preocupación*” (Walt, 1994). Howlett y Ramesh (1995), las conciben como la “*elección que hace un gobierno de emprender algún curso de acción*”. Roth (2003), considera que las políticas públicas “*representan la realización concreta de decisiones, el medio usado por un actor en particular llamado Estado, en su voluntad de modificar comportamientos mediante el cambio de las reglas de juego operantes hasta entonces*”.

Otros autores tienen una visión mas global de las políticas públicas, al considerar que además de las decisiones gubernamentales, se involucran procesos administrativos y la coordinación de esfuerzos interinstitucionales para su puesta en marcha. Dentro de éste grupo, se destacan quienes las consideran como “*el proceso por el cual se elaboran y se implementan programas de acción pública, es decir dispositivos político-administrativos coordinados, en principio, alrededor de objetivos explícitos*” (Murell y Surel, 1998).

Walt (1994), parte de la consideración de que las políticas públicas, son acciones intencionales adelantadas por instancias gubernamentales ante una determinada situación, que además de reflejar una toma de decisiones con respecto a un problema en particular, también denotan decisiones que de manera sucesiva permitirán su implementación y cumplimiento. En lo que compete al sector salud, “*abarcan los cursos de acción que afectan el conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y arreglos de financiamiento del sistema de atención de la salud. Van más allá de los servicios de salud, pues incluyen acciones o acciones deseadas por las organizaciones públicas, privadas y voluntarias que tienen un impacto en la salud*” (Walt, 1994).

#### **1.4.2 Tipos de análisis de políticas**

Según Patton y Sawicki (1993), existen dos grandes tipos de análisis de políticas públicas: las que tienen un carácter descriptivo, también denominado “*análisis de políticas ex-post*”, “*post hoc*”, o “*retrospectivo*” y que es utilizado cuando una política ya ha sido formulada. El análisis ex post, se subdivide a su vez en retrospectivo, cuando se lleva a cabo un análisis de tipo histórico sobre una política previamente formulada y el análisis de políticas de corte evaluativo, cuyo objetivo es determinar la eficacia o cumplimiento que se ha dado a un determinado programa.

El segundo tipo de análisis de políticas corresponde al “*análisis de políticas ex ante*”, “*pre hoc*”, “*anticipatorio*” o “*prospectivo*”, que se realiza cuando la política aún no ha sido implementada. El análisis ex ante se clasifica en dos categorías: el predictivo, que intenta visualizar en el futuro la manera como una política se proyectará ante una determinada situación o problema; y el análisis de tipo prescriptivo, que recomienda actuaciones que deberían ser llevadas a cabo para el manejo de una situación concreta.

#### **1.4.3 El análisis de las políticas públicas en el sector salud**

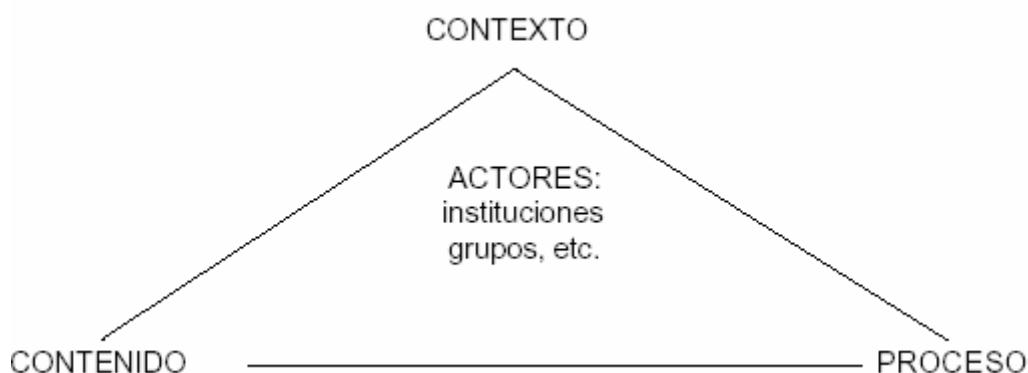
En cuanto a la aplicabilidad de las políticas públicas en el sector salud, Walt (1994), considera que deben tenerse en cuenta dos aspectos fundamentales: por una parte, el impacto que generan las acciones estatales sobre los servicios de salud, y de otra, el papel que deben cumplir las diferentes organizaciones involucradas en su manejo. En éste sentido, visualiza la necesidad de que las políticas públicas involucren las acciones de los distintos actores que participan en un sistema de salud, los recursos necesarios para su puesta en marcha, los efectos ambientales y socio-económicos que tendrán sobre la salud, su financiación, así como la provisión de la atención en salud.

Al efectuar un análisis de las políticas públicas, dentro del sector salud, se pretende en última instancia reflejar el nivel de compromiso que tienen los Estados, con la salud de sus ciudadanos. En éste sentido, las políticas en salud, expresan las orientaciones y alcances que tendrán, los planes y proyectos que permitirán su operacionalización, la manera como se asume la salud y las dinámicas de atención que serán desarrolladas.

Desde el punto de vista ético, toda política en salud, debe estar al servicio de la sociedad, siendo el Estado la estructura que soporta su formulación y quien genera los instrumentos

normativos que definirán las competencias y responsabilidades para su puesta en marcha (Centro de Estudios de Población Desarrollo Social, 2000).

Dentro de los modelos de análisis de políticas públicas, que han sido descritos, existen autores que se inclinan por un análisis mas profundo del contexto en el cual se formulan las políticas, en tanto que otros tienen en cuenta los actores que participan en la toma de decisiones. No obstante, Walt y Gilson (1994), enunciaron la importancia de generar un modelo integral que involucre por una parte el contenido de las políticas, el análisis del contexto, así como el punto de vista de los actores involucrados en las políticas y el proceso en el cual se llevan a cabo tanto la toma de decisiones, como la implementación de las políticas.



Gráfica 2 Análisis de las políticas públicas desde la perspectiva de Walt y Gilson

**Análisis del contexto:** Walt y Gilson (1994), analizan la influencia de las condiciones sociales, económicas, políticas, culturales y ambientales, sobre la formulación e implementación de las políticas públicas, destacando que éstos factores varían de acuerdo con el nivel de desarrollo en que se encuentren los países.

Uno de los puntos de reflexión que genera el contexto es el papel que cumple el Estado en relación con la formulación de las políticas públicas. Frente a ellos existe una infinidad de posturas. Algunos defienden el papel fundamental que tiene el Estado en relación con la toma de decisiones y con la intervención que debe cumplir dentro de una sociedad (Streeten, 1993; Perkins y Roemer, 1991).

Otros autores como Whitehead (1990), enuncian que dentro del análisis de las políticas públicas, deberían estudiarse las tradiciones históricas, los determinantes socioestructurales, el papel que cumplen las clases sociales dentro de la distribución del poder, los sistemas políticos imperantes, los mecanismos de regulación del Estado, las teorías macroeconómicas que orientan su desarrollo, la situación del mercado, entre otros aspectos, que ayudarían a reconocer las fortalezas o debilidades que presenta el Estado dentro de su entorno social.

No obstante, para otros autores, en el análisis del entorno, deben ser tenidas en cuenta, otras variables como son las relaciones que se establecen entre el Estado y la Sociedad y que están mediadas principalmente por la cultura. Hyden (1983), citado por Walt y Gilson (1994), considera que los determinantes culturales, influyen de manera directa en el contexto de aplicación de las políticas públicas.

**El Contenido de las políticas:** es sin duda alguna, uno de los elementos a los que mayor énfasis se confiere en el análisis de las políticas públicas y que ha sido la base para la formulación de muchas reformas en los sistemas de salud a nivel mundial. Sin embargo, en opinión de Walt y Gilson (1994), muchas de las políticas en salud, han centrado su atención en el contenido de las políticas, desconociendo a los actores que a nivel internacional, nacional y subnacional, participan en la reforma, así como el proceso que se requiere para su desarrollo y el contexto que se necesita para su aplicación. De allí que autores como Reich (1994), coinciden con Walt y Gilson (1994), al considerar que las reformas que se elaboren de las políticas, deben partir de un proceso profundo de análisis, que parte de los orígenes, la formulación y la implementación que se efectúe de las políticas públicas.

**Los actores dentro de las políticas públicas:** Walt y Gilson (1994), consideran necesario dentro del análisis de las políticas públicas, valorar la participación de los distintos actores que participan en la formulación y posterior implementación de las políticas, destacando el papel de los gobernantes, la condición social de sus habitantes y el rol que cumplen los organismos internacionales en la formulación e implementación de la política pública.

Otros autores como Ghai (1991), Tironi y Lagos (1991), consideran necesario valorar la dependencia que se establece entre los gobiernos nacionales y las agencias financieras multilaterales, así como el rol que tienen diferentes actores sociales en la resistencia o aceptación de las políticas públicas.

**El análisis del proceso de las políticas públicas:** Walt y Gilson (1994), consideran que muy pocos autores destacan los procesos que son desarrollados en la formulación e implementación de las políticas públicas. Entre los autores que destacan, sobresalen Grindle y Thomas (1991), los cuales además de determinar el papel que cumplen los diferentes actores, analizan el impacto de los procesos para la definición de una agenda pública, la toma de decisiones y la implementación de las reformas políticas; aspectos que implican un seguimiento temporal de la aplicación e impacto de las políticas.

Estos autores consideran que la solidez técnica y el conocimiento de las condiciones del entorno, influyen de manera significativa en la implementación de una política pública, de allí que tanto en su diseño, como en su implementación y seguimiento, debe tenerse en cuenta quienes son su beneficiarios, cuál es su alcance e impacto social, así como sus costos económicos y administrativos. Según Grindle y Thomas (1991), “una iniciativa de reforma normativa puede cambiar o cancelarse en cualquier etapa...”, debido a las presiones y reacciones de quienes se oponen a la misma”; de allí que un análisis del proceso, debe identificar todos los factores que pueden influir en una determinada toma de decisiones.

Porter (1995), establece que dentro del análisis del proceso de las políticas, se debe partir de un enfoque racional y secuencial, que permita dar respuesta a una problemática en particular. Es decir, se debe partir de la identificación del problema, del análisis de sus posibles soluciones, de la adopción que se haga de algunas de ellas, así como de su aplicación, evaluación y seguimiento, modelo que es reconocido como lineal o por etapas.

## **1.5 El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia**

Colombia ha modificado en los últimos años su marco legal en un intento por favorecer la equidad en su población. La Constitución Política de 1991, estableció que todos los ciudadanos gozarían de los mismos derechos y oportunidades, sin discriminaciones por razón de sexo, raza, origen, lengua, religión u opinión política. Así mismo dispuso que fuera el Estado quien promoviera la igualdad y adoptara medidas en favor de los grupos discriminados o marginados. De ésta manera consideró la necesidad de garantizar sus beneficios a toda la población, mediante acciones desarrolladas por entidades de carácter público o privado, favoreciendo entre otros aspectos, el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (Gaceta Constitucional, 1991).

Atendiendo éstos principios el Estado Colombiano promulgó la Ley 100 de 1993, a partir de la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral en el país. El cual fue entendido como *“el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollos para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”* (Diario Oficial, 1993).

La ley 100 de 1993, buscó conciliar dos modelos de seguridad social en salud: el modelo Bismarckiano y el neoliberal, así como algunos referentes de descentralización de la administración pública de los servicios sociales. De ésta manera, al formularse los principios que lo regirían, se buscó que éstos representaran la visión de los tres componentes (Jaramillo, 1999). De la concepción bismarckiana, se tuvieron en cuenta los principios de integralidad, universalidad, obligatoriedad, solidaridad y equidad y unidad. Los principios de libre elección, eficiencia y calidad, fueron orientados a raíz de los postulados del modelo neoliberal. Y finalmente los principios de descentralización, subsidiariedad, complementariedad y concurrencia, autonomía de las instituciones y participación comunitaria, como principios derivados de las propuestas de descentralización administrativa del Estado.

### **1.5.1 Organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

Con la reforma se creó una estructura funcional del sistema en el cual se procuró la separación de funciones. En primera instancia se asignó la dirección al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), que se constituye al mismo tiempo en el ente rector del sistema. De igual manera cumplen funciones de dirección, el Ministerio de Salud (Hoy Ministerio de la Protección Social), quien dicta las políticas nacionales en materia de salud, y a nivel territorial (departamentos, municipio y distritos), por los Servicios Seccionales de Salud y las Direcciones de Salud de los Municipios y Distritos, respectivamente.

Las otras funciones del SGSSS son las de financiamiento, que es efectuada por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). La inspección, vigilancia y control del Sistema, es efectuada por la Superintendencia Nacional de Salud. La administración es llevada a cabo por las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) y finalmente la prestación de servicios está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Empresas Sociales del Estado (ESE).

Dentro de los aspectos significativos introducidos en la reforma del Sistema General de Seguridad Social con la ley 100 de 1993, se destaca el mantenimiento de las funciones del Estado como máximo órgano encargado de la dirección, coordinación y control del sistema, pero al mismo tiempo el establecimiento de un proceso de descentralización y autonomía territorial, que permitió la participación de instituciones tanto públicas como privadas, en su administración.

Al plasmarse la reforma del SGSSS, la ley 100 de 1993, enunció además de las anteriores funciones para el Estado, las que debería cumplir la sociedad, así como las instituciones interesadas en prestar sus servicios en el área de la salud. Por otra parte, se determinaron los mecanismos de financiación del sistema y las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, a los cuales tiene derecho la población colombiana.

#### **1.5.1.1 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).**

El CNSSS, es el máximo rector del SGSSS y cumple un papel de concertación entre el Gobierno, las administradoras del seguro obligatorio, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los gremios y los trabajadores. Centra sus acciones en favorecer el equilibrio entre los diversos actores del sistema.

El CNSSS, es además el Consejo de Administración del Fosyga y el encargado de llevar a cabo la regulación de los regímenes contributivo y subsidiado. Define el POS de acuerdo con las necesidades y perfil epidemiológico de la población colombiana y establece los medicamentos esenciales que harán parte del POS. De igual manera, establece el monto de la cotización y valor de la Unidad de pago por capitación (UPC) y sus diferenciales en la población de acuerdo con la edad, el sexo y la localización geográfica, los regímenes de copagos y las cuotas moderadoras. Favorece el reconocimiento y pago de incapacidades y licencias de maternidad, y las medidas para evitar la selección adversa (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

El secretario técnico del CNSS es el Director General de Aseguramiento del Ministerio de Salud quien presenta a su consideración los estudios técnicos para la toma de decisiones respectivas.

#### ***1.5.1.2 Ministerio de la Protección Social (Antes Ministerio de Salud)***

Es el ente encargado de dictar las políticas en materia de salud para todo el territorio nacional, está representado en el ámbito territorial por los Servicios Seccionales de Salud y por los Sistemas Municipales y Distritales de Salud.

Dentro de sus funciones se encuentra el formular y adoptar, las políticas y estrategias del SGSSS de acuerdo con los planes de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República; establecer las normas científicas y administrativas, sobre la calidad de los servicios de salud y el control de los factores de riesgo, que deben ser efectuadas de manera obligatorio por las EPS, IPS y los entes territoriales (Servicios Seccionales de Salud y las Direcciones Distritales y municipales de Salud) y formular y aplicar criterios de evaluación de eficiencia a EPS, IPS y entes territoriales, entre otras.

#### ***1.5.1.3 Superintendencia Nacional de Salud***

La Superintendencia Nacional de Salud cumple como principal función el control presupuestal y financiero de las entidades participantes en el SGSSS. Vela por el adecuado manejo de los regímenes contributivo y subsidiado. Vigila y controla el cumplimiento de los requisitos esenciales de las IPS públicas y privadas, así como por el uso adecuado de los recursos financieros por parte de las aseguradoras públicas y privadas y por parte de las IPS del sistema.

Otras funciones que cumple son la vigilancia de los sistemas de calidad en la prestación de servicios de las personas vinculadas al SGSSS, así como de los planes ofrecidos. Hace el seguimiento de las transferencias que por ley realicen las entidades territoriales al sector de la salud, así como de las funciones que deben cumplir éstas últimas. Desarrolla estrategias para la atención integral al usuario, así como la inspección, vigilancia y control, sobre el aseguramiento en salud, para garantizar la adecuada afiliación y acceso a los servicios de salud, entre otras funciones.

#### ***1.5.1.4 Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.***

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), es un ente adscrito al Ministerio de Salud. Tiene como funciones la ejecución de políticas de vigilancia sanitaria y control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales y biotecnológicos, reactivos de diagnóstico y otros que impacten la salud individual y colectiva.

#### ***1.5.1.5 Fondo de Seguridad y Garantía***

El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)<sup>2</sup> es una cuenta adscrita al hoy Ministerio de la Protección Social manejada por encargo fiduciario que tiene a su cargo cuatro subcuentas: la de compensación interna del régimen contributivo, la de solidaridad del régimen de subsidios en salud, la de promoción de la salud y la de eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT).

Cada subcuenta se maneja de manera independiente, capitalizando sus rendimientos financieros, previo cumplimiento del presupuesto definido para su funcionamiento. La subcuenta de Compensación, destina sus recursos para el pago de las EPS, a través del monto de las Unidades de Pago por Capitación (UPC), que se obtienen del número de afiliados. La subcuenta de solidaridad, financia al régimen subsidiado, obteniendo sus ingresos del 1% de los aportes de los afiliados del régimen contributivo. Estos recursos se unen a los que transfiere la nación a los municipios y a los recursos que los entes territoriales, en éste caso

---

<sup>2</sup> El Decreto 1283 del 23 de julio de 1996, reglamentó el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud.

departamentos, municipios y distritos, destinen para la financiación del régimen subsidiado (Hernández, 2002).

La subcuenta de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, obtiene recursos del 0,5% de las UPC que recaudan las EPS para el pago de acciones preventivas y de promoción, así como de los aportes que el Estado destina para el desarrollo de acciones colectivas para la salud. Finalmente, la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, financia el costo de las enfermedades crónicas y de alto costo, que no están incluidas dentro del POS (Hernández, 2002), a través de los ingresos generados a partir de los aportes de las primas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), de multas y sanciones y de otros rendimientos financieros.

#### ***1.5.1.6 Las Entidades Promotoras de Salud***

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), son las responsables de la afiliación, y registro de afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Garantizan la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados de manera directa o indirecta y giran la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía.

Las EPS pueden ser públicas o privadas. Las privadas son organizaciones con ánimo de lucro, con grandes inversiones de capital. Las EPS públicas son empresas comerciales e industriales del Estado y generalmente corresponden a las antiguas cajas de previsión que se convirtieron o se adaptaron para ello.

Las EPS tienen como principales funciones la gestión del aseguramiento y la protección de la salud.

En cuanto a la gestión del aseguramiento, efectúan el proceso de afiliación, registro y recaudo de cotizaciones, actuando como agentes del SGSSS y como delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía. Contabilizan de manera separada los ingresos recaudados y deducen de ellos el costo de atención de sus beneficiarios, transfiriendo o recibiendo la transferencia al fondo de compensación y garantía. (Jaramillo, 1999). Las EPS, pueden actuar como aseguradoras tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, con altos requerimientos de capital o fondo social en relación con otros tipos de ARS.

Desde el punto de vista de protección de la salud, las EPS desarrollan el plan de protección de la salud de los beneficiarios, según las disposiciones del Plan Obligatorio de Salud, y para ello pueden ofrecer dichos servicios de manera directa o mediante la contratación de terceras instituciones. Cuentan con proveedores, que permiten a sus beneficiarios el acceso a una serie de servicios que van desde la promoción y la prevención, hasta los requerimientos de altos niveles de complejidad. Las EPS pueden subcontratar los servicios o prestarlos directamente, incorporando en su interior una red de servicios.

#### ***1.5.1.7 Las Aseguradoras de Régimen Subsidiado.***

Las Aseguradoras de Régimen Subsidiado (ARS), son las empresas encargadas de canalizar el acceso a los servicios de salud, al ser las garantes de la prestación de servicios a los beneficiarios del régimen subsidiado. Las ARS administran los recursos del régimen subsidiado, recibiendo las Unidades de Pago por Capitación Subsidiado (UPC-S), por cada beneficiario que tengan afiliado y cubriendo con dichos recursos el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S), mediante la contratación de servicios con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Las direcciones territoriales encargadas de los recursos del régimen, establecen contratos de administración de los subsidios en salud con las ARS y giran los recursos de acuerdo con el número de afiliados (Ruiz y cols, 1999).

Las ARS pueden ser Empresas Solidarias de Salud (ESS), Cajas de Compensación Familiar (CCF) y EPS públicas o privadas, que al cumplir los requisitos están autorizadas a manejar el régimen subsidiado.

Las ARS públicas están delimitadas en su espectro político-administrativo (departamental y municipal); las ARS tipo Caja de Compensación Familiar, se circunscriben al ámbito departamental, en tanto que las ARS de tipo comercial y solidarias, no tienen esas limitantes y su visión del mercado depende de su punto de equilibrio financiero (Ruiz y cols,1999).

#### ***1.5.1.8 Las Instituciones Prestadoras de Salud.***

Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), pueden ser entidades oficiales, privadas o comunitarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del SGSSS. Las IPS son las encargadas de prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente tanto a los afiliados como a sus beneficiarios, ya sea dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas. Las IPS, funcionan por demanda, es decir cuando las

Empresas Promotoras de Salud o las Aseguradoras de Régimen Subsidiado, contratan sus servicios. A nivel legal se ha establecido que las IPS que sean propiedad de las EPS deberán tener autonomía técnica, financiera y administrativa (Artículo 181, Parágrafo 1, Ley 100 de 1993).

En cuanto a las IPS de carácter oficial, la ley 100 de 1993, permitió la creación del régimen de las Empresas Sociales del Estado (ESE), en los cuales se cobijó a los antiguos hospitales públicos. Las ESE son centros de atención en salud que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, encargadas de prestar servicios de salud a la población, especialmente a la más pobre y vulnerable.

En materia presupuestal, operan mediante un sistema de reembolsos contra prestación de servicios ya sea al usuario que tenga los recursos económicos para hacerlo, o a las ARS, una vez le han sido prestados los servicios a sus beneficiarios. Los hospitales, deben atender de igual manera a las personas vinculadas, cuya atención en salud depende, a nivel económico de los gobiernos locales. La Ley 100 de 1993 (Artículo 194), determinó que la prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las ESE.

Las IPS de naturaleza privada, son entidades particulares con o sin ánimo de lucro, que están en capacidad de ofrecer sus servicios a las EPS y de efectuar contratos con el Estado para financiar pacientes de escasos recursos. En éstos casos el contrato estipula el correspondiente sistema de tarifas (Artículo 24, Ley 10 de 1990).

### **1.5.2 Regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud.**

El modelo vigente del SGSSSS, diseñó dos modelos de afiliación de la población colombiana al Sistema, tomando como criterio fundamental, la capacidad económica de los usuarios para costearse los beneficios en salud. Por una parte se encuentra el régimen subsidiado, diseñado para las personas que no tienen capacidad de pago y por otra, el régimen contributivo dirigido a las personas que sí la tienen.

A pesar de que el SGSSS, pretendía el logro de la cobertura universal para la población colombiana, las metas que habían sido propuestas a nivel gubernamental no han logrado consolidarse. Para el año 2001 sólo se habían logrado afiliar 13.335.932 personas en el

régimen contributivo y 11.069.182 personas en el régimen subsidiado, lo que representa el 56,7% de la población de Colombia, encontrándose que 18.630.280 personas no se encuentran afiliadas al SGSSS, equivalente al 43,29% de la población (Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2002), cifras que evidencian que las inequidades en el sector salud son cada vez mayores.

Adicional a los dos regímenes propuestos, el contributivo y el subsidiado, existe un régimen de excepción, que cuenta con disposiciones específicas dentro del SGSSS, para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, al personal regido por el Decreto ley 1214 de 1990 y a los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas. En este régimen de excepción también se incluyen a los trabajadores la Empresa Colombiana de Petróleos, y a los pensionados de la misma (Artículo 279, Ley 100 de 1993). Sin embargo, se exceptúan de la aplicación de éstas disposiciones a las personas que ingresaron a dichas instituciones de manera posterior a la vigencia de la ley.

#### **1.5.2.1 *Régimen contributivo.***

Es un conjunto de normas que establecen la vinculación de los individuos y de sus familias. Su vinculación se establece mediante el pago de una cotización, que puede ser de carácter individual y familiar, o de un aporte económico que se efectúa de manera previa por el afiliado, o por el empleador. En cuanto a su afiliación podrá ser individual o colectiva, a través de las empresas, agremiaciones o por asentamientos geográficos. Su carácter es voluntario, de ésta manera puede elegir a que EPS se afilia (Ley 100, Articulo 157, Parágrafo 2).

Se consideran como beneficiarios del régimen contributivo, las personas con capacidad de pago, es decir, trabajadores con contrato de trabajo, servidores públicos, pensionados, con uno o más salarios mínimos. De igual manera, hacen parte de éste régimen los trabajadores independientes con capacidad de pago que devengan más de dos salarios mínimos.

En cuanto a la cotización obligatoria que se aplica a los afiliados, para su contribución específica al Plan Obligatorio de Salud (POS) es de un máximo del 12% del salario base de cotización, y jamás podrá ser inferior al salario mínimo. Cuando se trata de personas que devengan salario, dos terceras partes del porcentaje de la cotización serán asumidas por el

empleador y una tercera parte por el trabajador. En el caso de trabajadores independientes o pensionados, éstos deben asumir de manera íntegra el 12% de la cotización (Artículos 204, 209, 284, Ley 100 de 1993).

Del anterior porcentaje de cotización, un 1% es trasladado por las EPS al Fondo de Solidaridad Garantía (Fosyga) para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen contributivo, y un 0.5% para cubrir las licencias por enfermedad y maternidad. De ésta manera, el POS se cubre con el 10.5% sobre la nómina.

Para la administración del régimen contributivo, los afiliados pagan sus aportes de salud a una EPS, que actúa como intermediaria, al ingresar los recaudos en una cuenta del Fosyga, que está adscrito al Ministerio de Salud, deduciendo el porcentaje respectivo de cubrimiento de licencias de maternidad, accidentes y otras eventualidades. El Fosyga devuelve una cantidad de dinero por cada afiliado (Unidad de Pago por Capitación, cuya cuantía se fija anualmente).

#### ***1.5.2.2 Régimen subsidiado.***

Es el conjunto de normas que rigen la afiliación o vinculación de los individuos y su núcleo familiar al SGSSS, cuando tal vinculación se hace a través del pago total o parcial de una unidad de pago por capitación subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad (Jaramillo, 1999).

Son beneficiarios del régimen subsidiado, las personas que no tienen capacidad de pago para cubrir el monto total de su cotización. Tienen derecho los habitantes del país no asalariados que no pueden pagar el 12% sobre la cotización de dos salarios mínimos, ya sea mediante aportes individuales o con otros miembros de su familia.

Los usuarios del régimen subsidiado corresponden a la población identificada como beneficiarios del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN). El Sisbén está conformado por un conjunto de reglas, normas y procedimientos para obtener información socioeconómica de grupos específicos en todos los departamentos, distritos y municipios del país. Busca garantizar que el gasto público sea asignado a los grupos de población más pobres y vulnerables mediante su participación en programas sociales en las áreas de salud, educación y bienestar social, entre otras.

El régimen subsidiado busca dar prioridad en su afiliación a la población más vulnerable y en situación de pobreza dentro del país: especialmente la mujer en periodo de gestación y lactancia, las que contribuyen a la protección de la familia ya sea en condición de madres comunitarias o cabezas de hogar, y a otros grupos que por su estado resultan vulnerables como son los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los desempleados y toda aquella población sin capacidad de pago.

El Sisbén es una encuesta, que busca obtener información socioeconómica y clasifica a la población de acuerdo con variables de calidad de vida. Su aplicación está bajo la responsabilidad de los entes territoriales. La encuesta clasifica a la población en seis niveles y considera como beneficiarios del régimen subsidiado a las personas clasificadas en los niveles 1 y 2 de pobreza. Adicionalmente existen otras formas de seleccionar a los beneficiarios del régimen subsidiado, como es a través del listado censal de poblaciones indígenas, y otros grupos considerados vulnerables como son los desplazados (Ruiz y cols, 1999).

En general, existen tres modalidades de relación del régimen subsidiado con sus posibles beneficiarios:

Afiliación ordinaria: cuando los potenciales beneficiarios se inscriben ante la Dirección de Salud correspondiente, la cual califica su condición a través del SISBEN, se carnetizan y se afilan a una ARS y reciben el POS Subsidiado (Jaramillo, 1999).

Afiliación especial: cuando los potenciales beneficiarios autorizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se vinculan a un programa de cotización subsidiada, con recursos fiscales explícitos, con derecho al POS del régimen contributivo y administrado por las EPS. Este mecanismo ha sido diseñado para madres comunitarias, indígenas y personas que trabajan en el servicio doméstico (Jaramillo, 1999).

Los vinculados: son los beneficiarios que no están afiliados al SGSSS, mediante ningún acto administrativo, contrato, resolución, carnet, y que tampoco acreditan ningún tipo de cotización a una EPS o una ARS (Jaramillo, 1999). Los vinculados, se ubican en el nivel 3 dentro de la Encuesta Sisbén, son personas que no pueden demostrar las suficientes condiciones de pobreza pero ante la incapacidad para llevar a cabo los pagos y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tienen derecho a recibir los servicios de

atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado (Artículo 157, literal b; Ley 100 de 1993), pero no tienen las mismas garantías que las personas que están en el régimen subsidiado ( Ruiz y cols, 1999). La condición de vinculado, se creó de manera transitoria, ya que la ley aspiraba que en el año 2001, la totalidad de la población se encontrase inscrita en uno u otro régimen, lo cual a la fecha no ha logrado cumplirse.

El régimen subsidiado se financia con aportes de la nación, de los entes territoriales (sistema general de participaciones), del punto de la subcuenta de solidaridad asignados por el régimen contributivo al Fosyga, de la transformación de las cajas, así como por los recursos de los afiliados en la medida de su capacidad de pago (Peñaloza y cols, 2002; Ministerio de Salud, 2000). Para los afiliados al régimen subsidiado se han establecido copagos, de acuerdo con la estratificación otorgada por el Sisbén. Para los indigentes e indígenas la atención es gratuita. Para los de nivel I, el copago máximo es del 5% del valor del servicio, sin exceder una cuarta parte del salario mínimo mensual vigente. Para el nivel 2, el copago máximo es del 10% (Ruiz y cols, 1999).

En cuanto a la administración del régimen subsidiado, el sistema actúa de manera descentralizada por parte de los departamentos, distritos y municipios. Los recursos de origen nacional y de solidaridad se giran a una cuenta especial de los fondos locales y seccionales, en donde también se recogen los aportes de las entidades territoriales. Estos giros se supeditan a la realización de contratos entre los departamentos, municipios y distritos y las empresas administradoras de los subsidios. De ésta manera, la cuenta de solidaridad actúa como un sistema de cofinanciación (Jaramillo, 1999).

Uno de los problemas que tiene en la actualidad el régimen subsidiado, es que la vinculación de potenciales beneficiarios se ve afectado por el decrecimiento económico que determina el número de subsidiados disponibles, el número de cotizantes, el desempleo que lleva a un incremento de la población que aspira a cupos dentro del mismo y los recaudos de la nación (Peñaloza y cols, 2002). Adicional a ello el cupo para beneficiarios del régimen se ha convertido en un instrumento de clientelismo y manejo político, en muchos entes territoriales, en donde se afilia a personas con capacidad de pago, siendo un factor limitante para el acceso de poblaciones en verdaderas condiciones de pobreza (Ruiz y cols, 1999).

### **1.5.3 Planes de beneficios en salud**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableció que para toda la población se prestarían los servicios de salud, cubriendose un Plan Obligatorio de Salud (POS) y un Plan de Atención Básica (PAB). Por su parte, se reconoce la posibilidad de que cualquier colombiano pueda acceder a la Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos, así como a la Atención inicial de urgencias. La ley 100 de 1993, también autorizó a las EPS, a las Entidades Adaptadas, a las compañías de medicina prepagada y a las aseguradoras, a ofrecer Planes Adicionales de Salud, que son financiados con los recursos que cancelan los usuarios a nivel particular.

#### ***1.5.3.1 El Plan Obligatorio de Salud.***

En Colombia fue diseñado un plan general de salud, de naturaleza obligatoria e integral. El POS incluye los servicios de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que sean definidos. Los únicos servicios que son excluidos del POS son la cirugía estética y la ortodoncia

El SGSSS, con miras a la aplicación del POS, establece que las EPS no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados, ni exclusiones por patologías costosas. Para ello creó un sistema de reaseguramiento, que permita el acceso de las personas que pertenezcan tanto al régimen subsidiado como al contributivo (Jaramillo, 1999).

Para el acceso a los servicios de alto costo, se han definido unas semanas mínimas de cotización, que no excederán las 100 semanas. De ésta cifra, 26 deben haberse pagado en el último año. Para periodos inferiores de cotizaciones, el acceso a los servicios requerirá que los usuarios efectúen un pago de acuerdo con su capacidad socioeconómica.

En el régimen subsidiado, no se podrán establecer periodos de espera para la atención del parto y a los menores de un año. En este caso, las IPS que ofrezcan dicha atención, repetirán contra la subcuenta de solidaridad del Fosyga (artículo 164, ley 100 de 1993).

A pesar de las disposiciones de la ley, a nivel práctico existen diferencias en el POS entre los afiliados al sistema contributivo y el subsidiado, ya que mientras el contributivo cubre casi todas las enfermedades y problemas, el subsidiado deja fuera un gran número de patologías,

aspectos que si bien pretendieron ser equiparados hacia el año 2001, su implementación no se ha logrado de manera satisfactoria (Quintana, 2002).

Otra de las inequidades evidentes en el POS es el suministro de medicamentos, y aunque en éste existe un Listado de Medicamentos Esenciales, la realidad demuestra que el SGSSS garantiza la accesibilidad a los medicamentos esenciales para las personas afiliadas al régimen contributivo, ofrece restricciones a los beneficiarios del régimen subsidiado y tiene deficiencias para el acceso de la población no asegurada al sistema (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

### **Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo**

Para los afiliados del régimen contributivo, el contenido del POS se basa en el Decreto-ley 1650 de 1977, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, el POS es similar al anterior, pero en su financiación se tienen en cuenta los pagos moderadores por atenciones de servicios, especialmente en el primer nivel de atención.

El POS tiene cobertura familiar, siendo beneficiarios el cónyuge o compañera permanente, los hijos menores de 18 años, los hijos con discapacidad, y los hijos menores de 25 años en condición de estudiantes.

El POS para la mujer embarazada cubre la salud y control prenatal, atención del parto, control del post-parto, así como la atención de problemas que se presenten durante la lactancia. Para los menores de un año cubre los programas de fomento de la salud y de la lactancia materna, medidas tendientes a la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, rehabilitación y medicamentos esenciales.

La ley establece que los servicios ofrecidos en el POS podrán ser modificados, de acuerdo a los cambios que se evidencien en la población desde el punto de su estructura demográfica, el perfil epidemiológico y los cambios tecnológicos y financieros del sistema.

### **Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado**

Durante la etapa de transición se pretendió que los beneficiarios del régimen subsidiado lograran equiparar al régimen contributivo antes del año 2.001. Sin embargo, el desempleo y

bajo crecimiento económico impidieron la cobertura universal y la equiparación de los planes del régimen subsidiado con respecto al contributivo como lo contemplaba la Ley 100 (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

A nivel inicial, el plan incluye los servicios de salud, priorizando los de primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Mientras se llega al 100% de la disponibilidad de recursos con la modalidad de subsidios a la demanda, los servicios de segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan y en el régimen de transición, la población recibirá los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los hospitales públicos del subsector oficial de salud y en los hospitales privados con los cuales el estado tenga contrato de prestación de servicios (Jaramillo, 1999).

En lo que hace referencia al Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S), éste contiene acciones individuales, familiares y colectivas; de las cuales seis corresponden al Plan de Atención Básico (PAB) y una a las enfermedades de alto costo. Para las enfermedades de alto costo que pertenecen al cuarto nivel, se ha establecido un reaseguramiento.

En cuanto a la prestación de los servicios, las EPS, deben establecer un sistema de referencia a los servicios de alta complejidad desde el primer nivel de atención. No obstante, es una de las mayores debilidades que se evidencian en la actualidad, ya que el usuario no cuenta con las suficientes garantías para ello, dada la fragmentación del POS subsidiado, de tener unos servicios a cargo de los subsidios a la demanda y otros a los subsidios de oferta de los hospitales. Estos factores, no solo crean inconvenientes para los usuarios sino también a los proveedores de servicios para el fraccionamiento de las cuentas y para el cobro a los pagadores (Jaramillo, 1999).

#### ***1.5.3.2 Plan de Atención Básico (PAB)***

El PAB es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad (Resolución 4288 de 1996).

El PAB incluye acciones de salud pública, mediante las cuales se busca garantizar un entorno sano, orientar y coordinar a la población para el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, así como un adecuado conocimiento de los otros planes de atención que han sido diseñados dentro del SGSSS.

Según las disposiciones de la Resolución 4288 del 20 de noviembre de 1996, el Plan de Atención Básica cumple con las siguientes características:

- Es gratuito, de ésta manera la prestación de sus servicios no está sujeta a periodos mínimos de cotización, copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación.
- Es financiado con recursos públicos.
- El PAB es dirigido y administrado por el Estado.
- El Estado vela por que la prestación del PAB se efectúe de manera obligatoria. Es un derecho que tiene toda la población de ser beneficiario del PAB independientemente de su estado de afiliación o vinculación al SGSSS.
- El PAB, tiene en cuenta la división político administrativa del país, pero se rige por los procesos de autonomía y poder local. De ésta manera su ámbito de acción se desarrolla a nivel municipal o distrital según corresponda.
- Todas las acciones que son competencia del PAB, se complementan con las de los otros planes de atención en salud y de beneficios establecidos dentro del SGSSS y los de la salud pública que lleven a cabo otros sectores como el ambiental, educativo, laboral y productivo, entre otros.

### **Componentes del PAB.**

El Plan de Atención Básica está compuesto por actividades, intervenciones y procedimientos en las áreas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de vigilancia en salud pública y de control de factores de riesgo, que fueron dispuestos en la Resolución 4288 del 20 de noviembre de 1996. Sus principales ámbitos de competencia son los siguientes:

#### **Acciones de promoción**

Se estableció que el distrito o el municipio sea quien desarrolle las acciones destinadas a favorecer la salud integral de los niños, niñas y adolescentes; de las personas en la tercera edad; de las personas con deficiencias, discapacidades, minusvalías y de la población del sector informal de la economía. Dentro de los aspectos que debe cumplir está el mejoramiento

de la salud sexual y reproductiva. El fomento de la convivencia pacífica previniendo la violencia intrafamiliar, el control del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas. Por otra parte debe comprometerse a mejorar las condiciones sanitarias del ambiente, a brindar información pública acerca de los deberes y derechos de la población en el SGSSS, así como el uso adecuado de los servicios de salud. Finalmente debe fomentar el desarrollo de acciones comunitarias y favorecer la participación social, como un compromiso ineludible hacia el fomento y desarrollo de la salud.

#### Acciones de prevención

Se ha delegado al PAB la coordinación del acceso y seguimiento de la población con sospecha de alteraciones a las entidades pertinentes para el diagnóstico definitivo y el tratamiento oportuno, identificando a la población que no haya sido cubierta por acciones preventivas y orientando a la población en riesgo, o no cubierta por estas acciones preventivas, para que accedan a los servicios de prevención primaria y detección precoz en las instituciones pertinentes a que tienen derecho dentro del SGSSS.

Dentro de las acciones de prevención que debe desarrollar el PAB se encuentra el tamizaje de la salud visual en escolares menores de 12 años, en establecimientos públicos y de beneficencia. Por otra parte el PAB ofrece programas de vacunación según el esquema de inmunizaciones adoptado en el país, control de crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de 12 años, esquemas de fluorización en niños de 5 a 14 años, planificación familiar en hombres y mujeres en edad reproductiva, control prenatal, parto limpio y seguro.

Por otra parte incluye acciones de detección precoz del cáncer cérvico uterino y de mama. Son beneficiarias las mujeres entre 25 y 69 años o las menores de 25 años con vida sexual activa afiliadas al Sistema para el caso de cuello uterino, y las mujeres mayores de 50 años afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado para el de mama.

Todos éstos servicios y beneficios están incorporados a los planes de salud tanto del régimen contributivo como subsidiado y corren a cargo de los recursos del subsidio a la oferta para la población. Sin embargo, no son de obligatorio cumplimiento por aseguradoras y prestadores privados (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Acciones de vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo.

La Resolución 4288 del 20 de noviembre de 1996, establece que las autoridades de salud del distrito o municipio, deberán velar por el control del agua para el consumo humano, de los alimentos, así como de los vectores que pueden generar riesgos para la salud pública. Otras acciones corresponden a la detección de factores de riesgo a los que está expuesta la población, la prevención de enfermedades inmunoprevenibles, de enfermedades de transmisión sexual, y el control de brotes epidémicos, entre otros.

Competencias institucionales para el desarrollo del PAB.

Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS), recomiendan a la Dirección de Salud de su respectivo Departamento, Distrito o Municipio, las medidas necesarias para la puesta en marcha del PAB en su área de competencia, así como de la evaluación de las acciones desarrolladas.

En cuanto a la ejecución del PAB, la nación, los departamentos y los municipios pueden contratar a EPS, a ARS, a IPS, al sector privado, a organizaciones no gubernamentales (ONG's), a comités de participación comunitaria (COPACOS) y a alianzas de usuarios y comunidades, para que ejecuten dichos programas.

A nivel nacional, la dirección, administración, control y vigilancia del PAB, estará a cargo del Ministerio de Salud, del Instituto Nacional de Salud (INS), del Instituto para la Vigilancia de medicamentos y Alimentos (INVIMA) y de la Superintendencia Nacional de Salud.

La financiación del PAB será garantizada por los recursos fiscales del gobierno nacional, junto con los recursos de los entes territoriales, que se llevarán a su vez a la subcuenta de promoción de los fondos departamentales, distritales y municipales de salud, sin que en ningún momento entren a formar parte de los recursos ordinarios de las IPS.

#### ***1.5.3.3 Atención en Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos.***

El SGSSS, estableció la garantía para que todos los habitantes del territorio nacional, puedan tener la atención en salud, que sea requerida como consecuencia de accidentes de tránsito. Estos cargos, serán cubiertos por la respectiva entidad aseguradora del vehículo causante del siniestro o al FOSYGA según sea el caso.

De igual manera, se estableció que el SGSSS, efectuará el pago correspondiente a las IPS, por la atención que se otorgue a las víctimas de catástrofes naturales, actos terroristas y otros eventos catastróficos, que contempla el Decreto 1283 de 1996 (Artículo 15, Decreto 808 de 1998).

#### ***1.5.3.4 Atención inicial de urgencias.***

El SGSSS, dispuso que todos los colombianos, tienen derecho a la atención inicial de urgencias. Estableciendo que el costo de dichos servicios será asumido en caso de encontrarse la persona afiliada al SGSSS, por su respectiva entidad de aseguramiento (EPS, ARS o Entidad aseguradora de un régimen de excepción), o con cargo al FOSYGA en los eventos en que la persona no se encuentre afiliada al Sistema (artículo 16, Decreto 806 de 1998).

#### ***1.5.3.5 Planes Adicionales de Salud (PAS)***

Mediante el Decreto 896 de 1998, se definen los Planes Adicionales de Salud (PAS), como el conjunto de beneficios, que de manera opcional y voluntario, adquiere un usuario mediante el pago que efectúa de ellos con recursos propios, diferentes a los de la cotización obligatoria. Se determina que el usuario de un PAS puede elegir si utiliza el POS o el Plan, en el momento en quiera hacer uso de los servicios de salud.

Existen tres tipos de PAS: los Planes de Atención Complementaria en Salud (PAC), los Planes de medicina prepagada y las pólizas de salud. De ésta manera se dio la oportunidad a empresas de medicina prepagada y a empresas de seguros de salud, a integrarse dentro del SGSSS, sin sustituirlo sino como una opción complementaria, que ofrece una alternativa de buena calidad en la atención a los usuarios de los servicios de salud.

Los PAC, corresponden al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos que no son indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud ó condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del POS (Decreto 806 de 1998). El Estado colombiano autorizó a las EPS a ofrecer planes de atención complementarios al POS, que deben ser financiados de manera exclusiva por el afiliado con recursos distintos a sus cotizaciones obligatorias. El reajuste del valor de los planes estará sujeto a un régimen de libertad vigilado por parte del Gobierno Nacional (Parágrafo, Artículo 169, Ley 100 de 1993). El concepto de plan complementario hace referencia a condiciones de hotelería, tecnología y

servicios adicionales de atención al cliente, que no son exigidos por el reglamento del POS (Jaramillo, 1999).

## **1.6 El Acceso a los servicios de salud**

### **1.6.1 ¿Qué se entiende por acceso a los servicios de salud?**

Los términos de acceso y accesibilidad en relación con los servicios de salud, han sido utilizados, a veces, de manera indistinta por muchos autores, y, en algunas oportunidades de manera ambigua (Starfield 2001). De allí que se presentarán los planteamientos que se han hecho en torno a uno y otro concepto.

La accesibilidad, ha sido considerada como el grado de ajuste entre las características de la población y las características de los recursos, con miras a la búsqueda y obtención de la atención (Donabedian, 1973). Para éste autor, la accesibilidad se evalúa en el marco de la interacción entre los usuarios y los recursos del sistema, siendo uno de los factores que determina la calidad en la prestación de los servicios de salud. La calidad depende entre otros aspectos, de la mayor o menor accesibilidad que se tenga a la atención en salud, y una vez se ha logrado, a la mayor o menor calidad de atención proporcionada (Donabedian 1997).

Donabedian (1973), consideró que frente a la accesibilidad intervienen diversos factores: los geográficos, los relacionados con la capacidad financiera, los derivados de la organización, y los elementos socioculturales; todos ellos con capacidad para obstaculizar o facilitar la atención en salud.

La primera de ellas, la accesibilidad geográfica, hace referencia al grado de ajuste que existe entre la distribución espacial de la población y la de los recursos. Para que éstos sean accesibles, deben localizarse cerca de donde la población vive. La segunda, es la accesibilidad financiera, que corresponde, al nivel en que los ingresos de los usuarios potenciales, pueden cubrir el coste de los servicios. En la accesibilidad financiera no solo se tiene en cuenta el coste que se debería asumir por el servicio de manera directa, sino otros costes adicionales como el valor del transporte y del tiempo utilizado en la búsqueda y obtención de la atención. La tercera forma es la accesibilidad organizativa, que comprende aquellos factores que inciden en la utilización de los servicios de salud, y que están relacionados con la organización y la disposición de los recursos. Son ejemplo de ésta los tiempos de espera, la disponibilidad de horarios de atención, y la disponibilidad de profesionales, entre otros aspectos. Finalmente, la accesibilidad cultural, hace referencia a la interacción que se

establece entre prestadores y los usuarios potenciales, y está mediada por las creencias en torno a la salud, los estilos de vida, el idioma, la religión, etc. (Frenk, 1985).

La accesibilidad implica una relación funcional entre las características de la población y las de los recursos, reflejando la existencia de obstáculos, impedimentos y dificultades, que se constituyen en barreras para que el usuario pueda acceder a los servicios de salud, o por el contrario en factores que favorecen su utilización (Bashshur, 1982).

Otros autores como Frenk (1985) y Starfield (2001), establecen diferencias entre los conceptos de accesibilidad y acceso. Para el primero de ellos, la accesibilidad es definida como una característica de los recursos de atención y el acceso como los factores y características relacionados con la población. Para Starfield (2001), la accesibilidad es el elemento estructural que hace posible el primer contacto con los servicios, en tanto, que el acceso, constituiría la forma en que la población experimenta esta característica en su servicio de salud.

En lo que compete al análisis del acceso, una de las propuestas teóricas que mayor impacto ha provocado es la del modelo de utilización de los servicios de salud, propuesta por Aday y Andersen (1974). Estos autores definieron el acceso como el uso real de los servicios de salud, otorgando especial interés a los factores que facilitan o impiden su uso. De manera similar, Pechansky (1981), estableció que el acceso es la relación existente entre los atributos de producción de un servicio (fuente) y las características de los usuarios y sus necesidades, determinando su influencia sobre la utilización de los servicios de salud.

Siguiendo éstos planteamientos, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM), además de considerar el acceso como la utilización oportuna y adecuada de los servicios de salud, resalta el objetivo que debe cumplir el acceso, en términos de obtener los mejores resultados de salud para los individuos (Millman, 1993).

Aunque han sido muchos los conceptos que han surgido en torno al acceso, sus visiones han estado muy centradas en el modelo propuesto por Aday y Andersen (1974). En la actualidad, se considera que el acceso a los servicios de salud involucra además de la disponibilidad de recursos, la relevancia, oportunidad y adecuación de éstos, con las necesidades de atención de la población. De allí que en el análisis de su interacción deben tenerse en cuenta tanto las

características de la población como del sistema, así como las relaciones que se establecen entre ellos (Ruiz y cols, 1999).

Es importante tener en cuenta que aunque durante muchos años, el estudio del acceso se centró en el análisis de las barreras que afectaban el ingreso de la población al sistema de salud, hoy en día, éste análisis resulta insuficiente; ya que los cambios en la estructura de los sistemas de salud, hacen necesario que se estudie el acceso a los servicios de salud, en términos de si los resultados son efectivos y apropiados para los individuos. De ésta manera se ha transformado el concepto de acceso como una medida de entrada al sistema de salud, a un modelo de utilización de servicios, enmarcado en un proceso de calidad y efectividad en la atención, dando respuesta a las necesidades de los usuarios dentro del sistema (Gold, 1998).

### **1.6.2 ¿Por qué evaluar el acceso?**

La evaluación del acceso tiene múltiples objetivos de acuerdo con el interés que medie su realización. Para algunos, es importante en la medida en que se constituye en un indicador de cumplimiento de las políticas en salud, otros lo utilizan como herramienta de análisis institucional y un tercero lo evalúa en función de la importancia de la información para los usuarios de los servicios de salud.

En cuanto al primer enfoque, la evaluación del acceso ha sido propuesta como un factor de análisis de equidad en las políticas en salud, partiendo de la premisa, de que la atención a la salud debe contribuir a la distribución equitativa de bienes y servicios y a la disminución de las desigualdades sociales (Martínez, 2001). En éste sentido, al evaluar el acceso desde un punto de vista de equidad, se estaría analizando si existe igualdad de oportunidades para que los individuos atiendan su pleno potencial de salud, igualdad de atención para las necesidades evidenciadas, igualdad frente a la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades sentidas e igualdad en el acceso a los servicios de salud (Wagstaff, 1991).

Desde el punto de vista ético, para que exista equidad en el acceso a los servicios de salud, es necesario que todos los usuarios tengan la posibilidad de recibir tratamientos similares (Aday, 1993). Cuando algunos usuarios asumen precios más elevados que otros, o se enfrentan a tiempos de espera más prolongados y sus costes personales se elevan en comparación con el de otros individuos, se estarían presentando desigualdades en el acceso (Le Grand, 1988).

La evaluación del acceso, ha sido utilizada como un mecanismo de retroalimentación a las políticas diseñadas, contrastando el alcance de las políticas nacionales o territoriales hacia determinados grupos poblacionales; que pueden verse en condiciones de inequidad por características sociodemográficas (raza, condición social, ingresos), o por variables políticas (tipo de proveedores, etc). En la actualidad, garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud es uno de los retos más importantes de los sistemas de salud, sobre todo en los países donde un gran porcentaje de la población no puede hacer uso de los servicios de salud, por diversos factores (Ruiz y cols, 1999)

Desde el punto de vista institucional, la evaluación del acceso, busca identificar la capacidad de las instituciones para proveer servicios de salud tanto a nivel individual como colectivo, proveer información adecuada a los usuarios de los servicios, evaluar estándares mínimos de funcionamiento, así como promover políticas de calidad al interior de ellas.

Finalmente, para los usuarios de los sistemas de salud, la evaluación del acceso, proporciona información adecuada y oportuna sobre los servicios de salud, estableciendo puntos de referencia frente a los servicios utilizados y estableciendo comparaciones entre uno y otro servicio.

### **1.6.3 Tendencias en los estudios de evaluación del acceso**

Son diversos los tipos de estudios que han sido desarrollados para evaluar el acceso a los servicios de salud, pudiéndose agrupar en tres categorías: los que analizan el acceso como una medida de utilización de los servicios en relación con las necesidades de salud, los que centran su análisis en la estructura o proceso y un grupo final que refleja la percepción de los usuarios frente al acceso a los servicios de salud.

#### **1.6.3.1 *El acceso medido como utilización de los servicios de salud***

Richardson en 1970, analizó el acceso desde el punto de vista del impacto que un episodio de enfermedad, generaba en términos de días de incapacidad y de utilización de los servicios de salud (Starfield, 2001). De manera similar, Andersen (1978), como un indicador de igualdad en el acceso, analizó la información brindada por los profesionales de la salud, en cuanto al tipo de síntomas que requerían de asistencia. De ésta manera, propuso un indicador de relación síntoma-respuesta, el cual ha generado controversias por la diversidad de síntomas y

de apreciaciones existentes que pueden limitar su aplicación, y por otra parte, a que se requiere para su precisión, el contar con una gran muestra poblacional (Starfield, 2001).

Como complemento de los anteriores estudios, Aday y cols (1980), sugirieron tener en cuenta los resultados de la atención en salud, determinando de ésta manera el nivel de asistencia requerido, proponiendo una relación de utilización/incapacidad. Este indicador determina si la existencia de problemas de salud amerita la asistencia médica, y si éstos interfieren con el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Entre menor sea la relación utilización/incapacidad menor será el acceso a la atención. Este tipo de medición, ha suscitado controversias, ya que se parte del hecho de que cada individuo tiene su propia apreciación frente a la incapacidad, y por otra, existe variabilidad en cuanto al tipo de asistencia solicitada.

Existen otros estudios como el propuesto por Weiner y Starfield (1983), que igualmente reconocen el punto de vista de los profesionales y evalúan las características de sus consultas como uno de los factores que inciden en el acceso. Sus resultados son propuestos como una estrategia de comparación del acceso entre diversos profesionales del área médica.

El modelo inicial de utilización de los servicios de salud, propuesto por Aday y Andersen en la década de los setenta, contempló la interacción de los usuarios con el sistema, así como su percepción frente a la utilización de los servicios de salud (Gold, 1998). Durante muchos años éste modelo ha sido motivo de análisis y de adaptación por diversos autores. Bradley (2002), evaluó el impacto de los factores psicosociales sobre la utilización de los servicios de salud. En tanto que Kleinman (1981) y Lieu (1993), centraron su análisis en la diferenciación de las características de determinados grupos de población considerados como vulnerables (personas con discapacidad o colectivos en situación de desventaja social), que pueden tener un acceso inequitativo a los servicios de salud.

#### ***1.6.3.2 El acceso medido como estructura o proceso***

Un segundo grupo de estudios han centrado su análisis en la medición de la estructura o del proceso, principalmente en aquellos aspectos organizacionales que se evidencian cuando el usuario entra en contacto con el sistema y que pueden afectar su acceso.

El IOM propone el análisis de los factores estructurales, financieros, así como barreras personales para el acceso, que pueden influir sobre el uso adecuado de los servicios de salud.

De igual manera, analizan cómo los resultados obtenidos pueden verse modificados por la calidad de los proveedores o por la adherencia que logre el sujeto frente a los servicios de salud (Millman, 1993).

Gold (1998), establece que en los sistemas de salud que toman como base la libre elección y afiliación de los usuarios de acuerdo con los planes de beneficios ofrecidos por el sistema, el acceso está mediado por una serie de factores que en algunos casos provienen de la institución y otros dependen del usuario. Actúan como determinantes del plan: los factores estructurales (características de los proveedores, y características en general del mercado), los factores de tipo financiero (subsidios, ingresos, liquidez del sistema) y los de tipo personal (conocimiento y requerimientos del cuidado de la salud, experiencias previas, características sociodemográficas y socioeconómicas, movilidad geográfica, etc.). Los factores que influyen en la distribución del sistema son: los horarios y localización del servicio, los sistemas de vigilancia, la aceptabilidad cultural y la aceptabilidad administrativa. Como determinantes de continuidad, enuncia la satisfacción del usuario frente al servicio, la estabilidad del plan, y los cambios en las necesidades de los usuarios entre otros. Como mediadores del sistema enuncia la eficacia del tratamiento, la calidad de los proveedores, la adherencia del paciente, y la continuidad en la atención. Finalmente frente a los resultados tiene en cuenta la condición de salud, y la equidad en el uso de los recursos.

#### ***1.6.3.3 El acceso medido por la percepción de los usuarios***

Finalmente, dentro de los estudios que tienen en cuenta la perspectiva del usuario de los servicios, se encuentran aquellos que han estudiado el acceso desde el punto de vista de las barreras para la utilización de los servicios y la forma en que éstas impiden la satisfacción de las necesidades en salud de los usuarios (Aday, 1984). Otros autores, han abordado el acceso como un elemento de satisfacción del usuario frente a la calidad de la atención recibida desde los servicios de salud (Ware, 1978, Donabedian, 1997).

Otras encuestas han medido la percepción personal frente al acceso a la atención en salud, como fueron las diseñadas por Penchansky y Thomas (1981), quienes tuvieron en cuenta aspectos como disponibilidad, accesibilidad, servicio, gasto y aceptabilidad.

Starfield (2001), refiere la importancia de evaluar la percepción que tienen los individuos frente al acceso a la atención en salud, reconociendo sus puntos de vista en relación con los

tiempos de espera, la infraestructura, los mecanismos de organización y los aspectos culturales que inciden en la prestación de los servicios de salud.

Al abordar la evaluación del acceso es necesario identificar tanto las barreras como los factores que facilitan el acceso a los servicios de salud. De igual modo, es importante entender el acceso como un proceso de interacción entre las instituciones, los profesionales y los usuarios de los servicios, reconociendo que son muchos los factores que pueden incidir en la prestación y utilización de los servicios, así como en la satisfacción de los usuarios frente a los mismos.

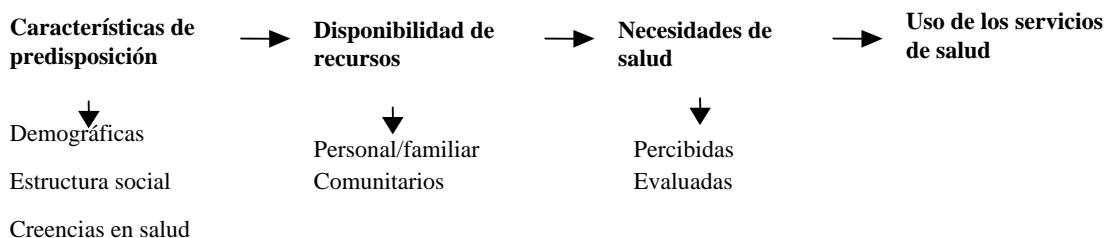
#### **1.6.4    Modelo de Acceso propuesto por Aday y Andersen**

Este modelo fue desarrollado inicialmente, hacia finales de la década de 1960, para tratar de entender por qué las familias usaban los servicios de salud, para definir y medir el acceso equitativo a la atención en salud y para contribuir al desarrollo de las políticas que promueven el acceso equitativo. El modelo de utilización de los servicios de salud, originalmente tomó como unidad de análisis la familia, debido a que se consideraba que la atención médica que recibía un individuo estaba en función de las características sociodemográficas y económicas de la familia como unidad. Posteriormente se tomó como unidad de análisis al individuo debido a las dificultades para desarrollar medidas a nivel de la familia, y a la existencia de heterogeneidades en la condición de salud de sus miembros (Andersen, 1995).

El modelo inicial, sugiere que la utilización de los servicios de salud, está en función de la predisposición al uso de los mismos, de los recursos disponibles y de las necesidades de atención que influyen en la utilización de dichos servicios (Ver gráfica 3).

Características predisponentes al uso de los servicios de salud: comprende las características demográficas, la estructura social y las creencias frente a la salud. Las características demográficas, tales como la edad, el sexo, y el estado civil conllevan a una mayor probabilidad de utilización de los servicios de salud (Hulka y Wheat, 1985). La estructura social, se refiere a los factores que determinan el status de una persona dentro de una comunidad, y tiene que ver con la capacidad para identificar fuentes de recursos y manejar sus problemas, entre ellos se encuentran la educación, la ocupación, la etnia, la estructura y miembros de la familia, la integración social. En cuanto a las creencias frente a la salud,

corresponden a las actitudes, valores y conocimientos que tienen las personas acerca de la salud y los servicios de salud, y que influyen sobre su percepción de necesidades.



**Gráfica 3 Modelo Inicial de Aday y Andersen**

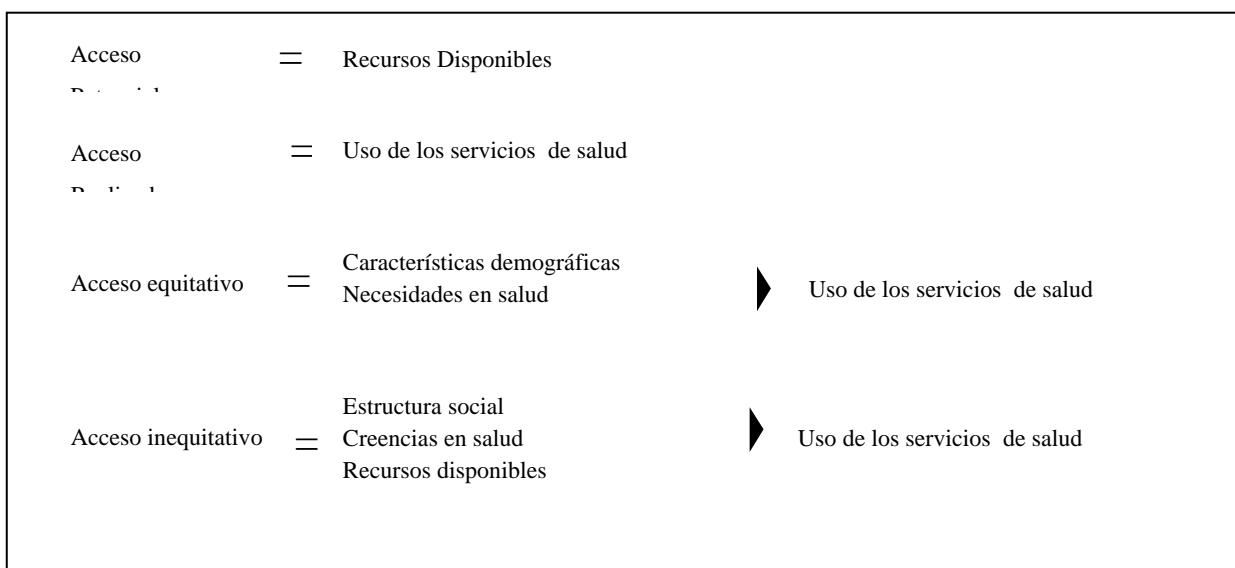
Fuente. Andersen 1995

Aunque en el modelo inicial no fueron propuestos, Andersen (1995), estableció otros factores predisponentes que podrían ser incluidos como elementos de análisis en la utilización de los servicios de salud. Tales factores son las características genéticas y psicológicas de los usuarios.

Recursos disponibles: son los factores que facilitan o limitan el uso de los servicios de salud. Pueden ser de naturaleza personal/familiar como los ingresos económicos y los seguros para el cubrimiento de la salud y otros de naturaleza mas social y comunitaria como son la accesibilidad geográfica, la existencia de redes sociales, la presencia de servicios de salud en sus zonas de residencia.

Necesidades de atención en salud: de ésta categoría hacen parte la necesidad evaluada y la necesidad percibida. La necesidad evaluada, representa el juicio profesional acerca de la condición de salud de las personas y sus necesidades de atención. Las necesidades no solo se evalúan desde el punto de vista biológico, sino también desde su componente social, de allí que su reconocimiento sea parte de las competencias que deben ser alcanzadas a nivel profesional. En cuanto a las necesidades percibidas, es importante conocer cómo las personas ven su propia condición de salud y su status funcional, así como las experiencias en cuanto a síntomas de dolor, o enfermedades que han padecido, y que puedan influir en cuanto a la magnitud de ayuda profesional que consideren necesaria.

El modelo original de Andersen fue utilizado para medir la utilización de los servicios de salud tanto en unidades de atención ambulatoria como a nivel hospitalario y en servicios odontológicos. Otro de los grandes objetivos que tuvo éste modelo fue el de proveer una medición del acceso a la atención médica. La evaluación de los recursos disponibles llevó al análisis del acceso potencial, la evaluación del uso de los servicios de salud al análisis del acceso real, la influencia de las características demográficas y de las necesidades en salud en cuanto a la utilización de los servicios de salud, al acceso equitativo, y finalmente el impacto de la estructura social, de las actitudes frente a la salud y de los recursos disponibles para el uso de los servicios de salud a la medición del acceso inequitativo (Ver Gráfica 4).

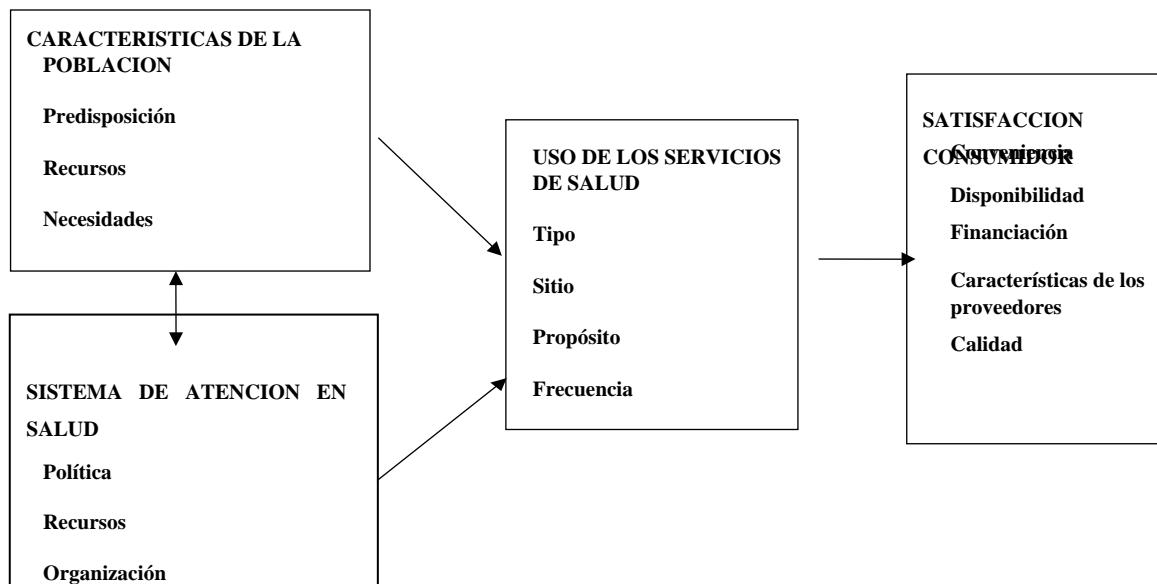


**Gráfica 4 Medidas de acceso de Andersen**

Fuente: Andersen (1995).

El acceso potencial se define de manera simple como la presencia de recursos disponibles. El acceso real corresponde al uso actual de los servicios de salud. Y finalmente, el acceso equitativo e inequitativo se definen de acuerdo con los predictores de acceso real. De ésta manera el acceso equitativo se logra cuando la utilización de los servicios de salud está determinado por las necesidades que existen de atención en salud, y no se evidencian diferencias en el uso de los servicios de acuerdo a dichas necesidades. En tanto que se habla de acceso inequitativo, cuando la variación en la utilización de los servicios de salud está determinada por la estructura social, por factores tales como la etnia, la ocupación, las condiciones de salud, el tipo de cobertura en salud o por los recursos económicos de la población (Andersen, 1995).

Una segunda fase del modelo fue desarrollada en los años 70 por Aday y otros colaboradores de la Universidad de Chicago (Aday y Andersen, 1974, Aday y cols, 1985). Incluye el componente de sistema de atención en salud, dando importancia al papel que cumplen las políticas de salud, y a los recursos con que cuentan las instituciones, como factores determinantes para el uso de los servicios de salud. Otros desarrollos fueron las mediciones que se dieron al uso de los servicios de salud en términos de tipo, sitio, propósito de utilización, y frecuencia de utilización de los servicios recibido ante un episodio específico de enfermedad (Andersen, 1995) (Ver Gráfica 5).

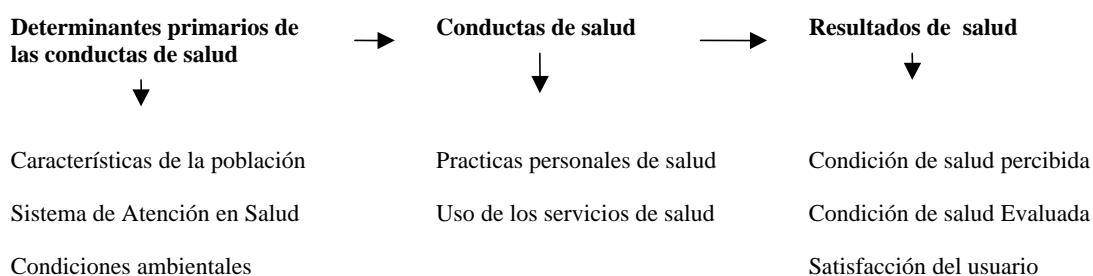


**Gráfica 5 Segunda Fase del Modelo de Aday y Andersen**

Fuente: Andersen (1995).

Una tercera fase del modelo fue desarrollada durante la década de los ochenta, planteando que los servicios de salud podrían mantener o mejorar la condición de salud de los individuos, tanto la percibida por los usuarios como la evaluada por los profesionales (Andersen y cols, 1994). Así mismo se reconoce el impacto del medio ambiente (incluyendo los componentes físico, político y económico) como uno de los elementos más importantes del acceso a los

servicios de salud. Otros autores reconocían la influencia de las prácticas personales de salud tales como la dieta y el ejercicio, y el autocuidado, así como la interacción formal con los servicios de salud (Evans y Stoddart, 1990) (Ver Gráfica 6).

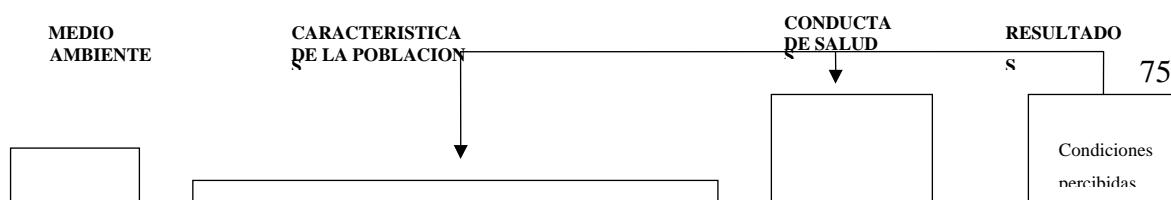


**Gráfica 6 Tercera Fase del Modelo de Aday y Andersen**

Fuente. Andersen 1995

La introducción de la medición de los resultados en salud, extendió la medición del acceso a otras dimensiones: el acceso efectivo y el acceso eficiente. El acceso efectivo establece que el uso de los servicios de salud produce mejoras en la salud, tanto en la condición de salud como en la satisfacción frente a la atención recibida. En tanto, que el acceso eficiente, son las ganancias relativamente mayores que se dan tanto en la condición de salud como en la satisfacción del usuario por cada unidad de uso de los servicios de salud, involucrando un concepto de disminución de costos (Andersen, 1995).

Finalmente en la década de los 90, se inicia una cuarta fase del modelo, que enfatiza en la naturaleza dinámica que tienen los servicios de salud y la retroalimentación que ejercen diversos factores sobre la condición de salud de los individuos (Evans and Stoddart 1990). (Ver Gráfica 7).



## **Gráfica 7 Modelo Emergente de acceso a los servicios de salud**

Fuente. Andersen RM. 1995

### **1.6.4.1    *Principales dimensiones de acceso propuestas por Aday y Andersen.***

El modelo de Aday y Andersen, considera que existen dos dimensiones del acceso que son la base fundamental para entender la interacción que subyace entre el usuario de los servicios y las instituciones prestadores de servicios de salud: el acceso potencial y el acceso real.

#### **El acceso Potencial**

El acceso potencial analiza los elementos que subyacen en la interacción del sujeto con los servicios de salud, teniendo en cuenta dos aspectos: los factores organizacionales y las características de los usuarios de los servicios.

Los factores organizacionales son aquellas características que inciden sobre la prestación de servicios, y tienen en cuenta dos elementos: la disponibilidad de recursos y la organización. Los recursos disponibles hacen alusión al capital y al trabajo que se destinan a la prestación

de los servicios de salud. Comprende tanto el volumen, como la distribución de servicios (Andersen, Newman, 1979).

En cuanto a la organización, se analiza la manera como el sistema dispone de sus recursos, para garantizar una adecuada provisión de los servicios. En este apartado se tienen en cuenta las condiciones a la entrada, al interior y a la salida (Fiedler, 1975).

Dentro de los aspectos organizacionales relacionados con la entrada se incluyen aspectos tales como portafolio de servicios, horarios de atención, la distancia que los pacientes tienen que recorrer para recibir servicios (acceso geográfico) y que ha sido descrito como uno de los factores que lleva a una disminución en la utilización de los servicios. Los factores relacionados con la estructura analizan elementos de la fuente regular de servicios, teniendo una incidencia directa sobre el acceso real (utilización de los servicios), tales como el tipo de proveedor, la localización del proveedor, la extensión de la cobertura, procedimientos regularmente utilizados para la prestación del servicio, entre otros factores. Finalmente los factores de salida, analizan la posibilidad de brindar continuidad a los servicios (Vásquez, 2002).

Existen otros factores que provienen del entorno y que de igual manera inciden sobre la organización, teniendo un efecto indirecto sobre el acceso a los servicios de salud. Entre ellos se encuentran: el nivel de desarrollo económico de una comunidad, el grado de urbanización, y la oferta que existe de servicios de salud (Roan, 2000).

En cuanto a las características de la población se incluyen: la predisposición al uso de los servicios de salud (creencias y actitudes frente al uso de los servicios de salud, información sobre los servicios de salud, características sociodemográficas (relacionadas con la estructura social del usuario que requiere de los servicios de salud.); los recursos disponibles tanto a nivel individual, familiar (ingreso familiar, tipo de seguro, residencia, procedencia, etc) y comunitario (acceso geográfico, redes de apoyo, organización de los servicios en la comunidad) y finalmente las necesidades de atención en salud de la población (estado de salud percibido y necesidades de atención en salud).

### **Acceso real**

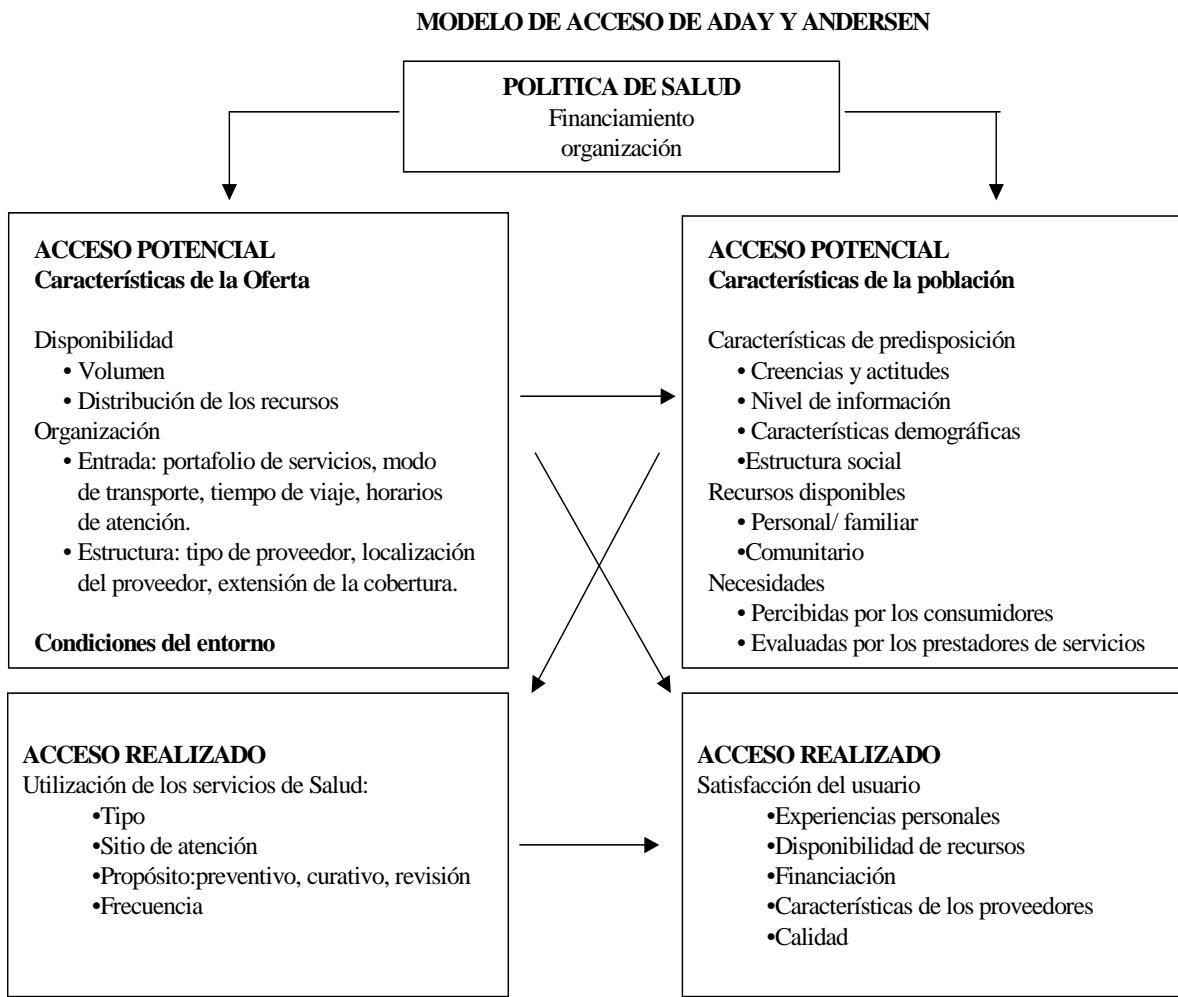
Hace referencia a la utilización efectiva de los servicios de salud desde el punto de vista institucional y a las experiencias de los usuarios frente al uso que han tenido de los servicios

de salud, teniendo en cuenta un factor primordial como es la satisfacción de las necesidades expresadas por la población.

La utilización de los servicios tiene relación directa con las características de los recursos: tipo, propósito y unidad de análisis. El tipo de servicios, incluye no solo las características de las instituciones sino también, de sus servicios, de la provisión de medicamentos, entre otros aspectos (Andersen y Newman, 1979). El propósito y objetivos de atención, hace referencia al nivel de complejidad de los servicios. El sitio de atención, al servicio utilizado (urgencias, consulta externa, laboratorios, etc), el propósito de la utilización a las acciones desarrolladas (preventivo, curativo, seguimiento) y la frecuencia de utilización al número de visitas efectuadas o a las estancias hospitalarias.

Desde el punto de vista del análisis del usuario se incluyen: las conductas frente a la salud (ejercicio físico, práctica de acciones preventivas), la experiencia personal en el uso de los servicios de salud (visita a profesionales de la salud o estancias hospitalarias), la adherencia al tratamiento (confianza y seguimiento del tratamiento) y la satisfacción con la calidad de la atención recibida desde el punto de vista técnico e interpersonal (Ver Gráfica 8).

La propuesta de Aday y Andersen, ha sido quizás uno de los modelos de referencia más utilizados por investigadores de los servicios en salud, ya que no solo tiene en cuenta la interacción del usuario con el sistema de salud, sino los resultados de la utilización de los servicios, confiriendo importancia a la satisfacción de los usuarios y a los resultados obtenidos. De ésta manera, quienes adoptan sus postulados en el ámbito de la evaluación del acceso, tienen una visión integral del mismo, dado el análisis que efectúan de los diferentes factores que participan en el proceso.



Fuente. Gold M. The concept of access and managed care. HSR.1998; 33(3):634.

**Gráfica 8** Modelo de Acceso de Aday y Andersen

---

## **2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

---

La violencia por conflicto armado, es uno de los principales problemas que afectan a la población colombiana. Ha provocado no sólo la pérdida de miles de vidas, sino también, costos sociales y económicos muy elevados para el país. Una de las consecuencias mas graves es el desplazamiento forzado, que compromete a casi tres millones de personas. De ésta manera, Colombia, se constituye en el tercer país del mundo con el mayor número de desplazados internos, después de Sudán y Angola (University of New York, 2001).

El desplazamiento provoca efectos negativos a nivel individual y social. En el plano personal, genera problemas de diversa índole, entre los que se destacan los relacionados con la salud y el deterioro progresivo de la calidad de vida de quien lo padece. Desde el punto de vista social, compromete al sector productivo del país, genera mayor demanda de los servicios existentes, amplía la problemática social de las ciudades receptoras y se convierte en un elemento generador de mayor violencia.

En la población desplazada, es frecuente la presentación de infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, enfermedades de la piel y parasitos intestinal; cuadros que desde el punto de vista epidemiológico están ligados a condiciones de pobreza, hacinamiento y falta de acceso a los servicios de salud (Morales, 1998; Organización Internacional para las Migraciones, 2001). De igual manera, enfermedades de tipo crónico, sintomatología dolorosa (Secretariado Nacional de Pastoral Social, 2001), así como un compromiso de la salud mental también han sido reportados en este colectivo (Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud 2001; Palacio y cols 1999; Mogollón y cols, 2003).

Los problemas relacionados con la alimentación son una de las consecuencias mas graves que padece la población tanto a nivel infantil como de adultos y está asociada con una mayor propensión al desarrollo de enfermedades (Programa Mundial de Alimentos Colombia, 2001; Primer Encuentro de Responsables de Nutrición de Organizaciones de Ayuda Humanitaria en Colombia, 2001).

La anterior problemática pone de manifiesto la inminente necesidad que tiene la población desplazada de contar con una atención oportuna así como un adecuado seguimiento, por parte de las instituciones del sector salud. A nivel de necesidades básicas a satisfacer después de la alimentación (16,8%), ocupa el segundo lugar la atención en salud y los medicamentos

(12,78), y a continuación, el trabajo (13,72%), el alojamiento (11,49%) y la educación (9,92%) (Organización Internacional para las Migraciones, 2001; Conferencia Episcopal Colombiana, 2001).

En lo que respecta al sector salud, Colombia se ha caracterizado por sus bajas coberturas, evidenciándose desigualdades en la provisión, acceso y resultados en salud, que se presentan entre zonas rurales y urbanas, por zonas geográficas del país, y por condición socioeconómica (Grupo de Economía de la Salud, 2001). La cobertura de la población colombiana al SGSSS pasó del 20% al 52% entre 1993-1998, correspondiendo a 22.7 millones de personas que representan al 57 por ciento de la población (Dane, 1997). La población con Necesidades Básicas Insatisfechas es del 36,5% de la cual se afilia al régimen subsidiado sólo el 57% (Franco, 2000).

En general los estudios que han abordado el acceso a los servicios de salud en la población colombiana, han encontrado que el Sistema de salud se ha caracterizado a lo largo de los años por bajas coberturas en cuanto al aseguramiento, amplias inequidades en salud; y múltiples barreras de acceso a los servicios de salud (Echeverri, 2001, Grupo Economía de la Salud, 2001; Quintana, 2002).

Para el caso específico de la población desplazada, los estudios han centrado su análisis en determinar su afiliación al Sistema General de Seguridad Social y en la identificación de las barreras para el acceso pero sin hacer un análisis profundo de ello (Carreño, 2002, González, 2001; Quintana, 2002). Aunque el gobierno Colombiano ha establecido políticas para garantizar la cobertura y la atención en salud a éste colectivo, alrededor de un 38% de la población desplazada no se encuentra afiliada al SGSSS (González, 2001; Organización Internacional para las Migraciones, 2001). Esta situación se complejiza en las mujeres cabeza de hogar y en grupos afro colombianos, en donde el porcentaje de no afiliación es cercano al 47% (Organización Internacional para las Migraciones, 2001), y mucho mas grave en el caso de los niños, en donde el porcentaje puede ascender a un 75% de los casos (Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud, 2001).

Adicional al problema de afiliación al SGSSS, solo el 22,1% de la población desplazada tiene acceso a los servicios de salud, siendo múltiples las causas que lo originan (LAC RSS, 1998). Entre las barreras que han sido descritas por la población desplazada se encuentran las situaciones de exclusión y marginación desde algunas instituciones del sector salud, al

negarles la posibilidad de acceder a sus servicios. La dificultad para ser atendidos, puede deberse a un aumento de la demanda de atención y, al mismo tiempo, a una disminución del presupuesto asignado (Carreño, 2002). Adicional a ello, no se puede desconocer la grave crisis por la que atraviesan las Aseguradoras del Régimen Subsidiado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la actualidad (Ruiz y cols, 1999), y a que existe una gran diversidad de normas, que en muchos casos generan contradicciones en lo referente a la prestación de servicios de salud, especialmente la población que está adscrita al régimen subsidiado (Peñaloza y cols, 2002). Esta situación no resulta ajena a la población desplazada, por lo cual no resulta extraño que existan condiciones diferenciales para su acceso a los servicios de salud.

Además de las barreras de tipo institucional, existen problemas de acceso, que se localizan en los propios desplazados, siendo muchos los factores que inciden en ello, pero destacándose como el mas importante su precaria situación económica (Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, 1999; Procuraduría General de la Nación, 1999; Mogollón y cols, 2003) y las dificultades de acceso territorial en zonas donde el conflicto armado o la ubicación geográfica, no permite el acceso a las instituciones de salud (LAC RSS, 1998). También se destacan la falta de conocimiento sobre los derechos en salud, la falta de aplicación de las normativas existentes, las fallas en la descentralización de los recursos y el exceso de trámites burocráticos (Carreño, 2002).

A pesar de que se han descrito las principales barreras para el acceso a los servicios de salud por parte de la población desplazada, no existen estudios que aborden a profundidad y desde el punto de vista de sus actores, la interacción que se establece entre el usuario de los servicios y las instituciones de salud, en términos de entender como se desarrolla el acceso potencial, ni sobre la percepción que tienen acerca de la utilización efectiva de éstos servicios, lo que permitiría el análisis de su acceso real.

De ésta manera, una investigación que aborde las condiciones del acceso potencial y real de la población desplazada a los servicios de salud, permitiría analizar la aplicación que se está dando a la legislación en torno a la prestación de dichos servicios, así como la perspectiva de las instituciones, los prestadores de servicios y los usuarios, frente a uno de los problemas mas grandes por los que atraviesan las personas desplazadas en Colombia como es la de acceder de manera efectiva a los servicios de salud.

Por otra parte, teniendo en cuenta que teóricamente es en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de primer nivel de atención, en donde se presenta y se atiende la mayor demanda del sistema, que se elige efectuar el estudio con éstas instituciones, específicamente en Empresas Sociales del estado (ESE), ya que desde el punto de vista legal es la red pública la encargada de atender potencialmente a los colectivos considerados como vulnerables y con menores recursos económicos, como sería el caso de las personas en situación de desplazamiento. Finalmente se escoge la ciudad de Bogotá, por ser uno de los centros de mayor recepción de población desplazada del país.

De la descripción de la problemática surgen los siguientes interrogantes a los que deberá responder el estudio:

¿Cómo son las condiciones de acceso de la población desplazada, a las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención adscritas a la Secretaría de Salud de Bogotá?

A partir de ésta pregunta, se sistematizan otras que podrían contribuir a su análisis:

¿Garantizan las políticas gubernamentales el acceso de la población desplazada a los servicios de salud?

¿Cuál es la opinión de los prestadores de servicios de salud sobre los factores que facilitan o limitan el acceso de la población desplazada a las ESE de primer nivel de atención?

¿Cómo percibe la población desplazada el acceso a las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención en salud adscritas a la Secretaría de Salud de Bogotá?

¿Qué estrategias son factibles de llevar a cabo para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud de la población desplazada?

---

---

### **3     OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

---

#### ***3.1   Objetivo General***

Analizar las condiciones de acceso de la población desplazada por conflicto armado a las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención, adscritas a la Secretaría de Salud de Bogotá, con el fin de establecer posibles propuestas de mejoramiento.

#### ***3.2   Objetivos Específicos.***

- a)   Analizar el contenido de las políticas públicas de atención en salud para la población desplazada por la violencia en Colombia, estableciendo su impacto sobre el acceso a los servicios de salud
- b)   Analizar las características institucionales que facilitan o limitan el acceso de la población desplazada a los servicios de salud de las ESE de primer nivel.
- c)   Identificar los factores que desde el punto de vista de la población desplazada inciden en el acceso a los servicios de salud en las ESE de primer nivel.
- d)   Identificar las estrategias de mejoramiento del acceso de la población desplazada a los servicios de salud de las ESE de primer nivel de atención.

---

---

## 4 METODOLOGÍA

---

---

### ***4.1 Tipo de estudio***

Se realizó un estudio descriptivo de tipo exploratorio, utilizando una combinación de técnicas cualitativas entre las que se encuentran la entrevista semiestructurada, el análisis documental y el estudio de caso. El trabajo de campo fue desarrollado durante los meses de abril a diciembre de 2003.

Para el análisis de las políticas públicas se tomó como modelo la propuesta de Walt y Gilson (1994), abordando dos aspectos: el contenido de las políticas y los actores que participan en el proceso, en éste caso los gestores, prestadores de servicios y los usuarios de los mismos.

El modelo teórico utilizado para el análisis del acceso a los servicios de salud, fue el propuesto por Aday y Andersen (1974); según el cual, la implementación de la política y diversas características tanto de la oferta como de los usuarios, facilitan o restringen el acceso potencial y real a los servicios de salud.

### ***4.2 Descripción del área de estudio***

El estudio se desarrolló en Bogotá, que es la capital de Colombia. Según la Encuesta de Calidad de Vida (2003), la ciudad se constituye en el centro urbano más poblado del país, al contar con una población aproximada de 6.861.499 habitantes, equivalente al 15,3% de la población nacional.

Bogotá, ha venido presentando un notable incremento de su población como producto de la migración campesina y en los últimos años por el desplazamiento forzado. Del total de habitantes de la ciudad, se estima que unos 500.000 habitantes, corresponden a población desplazada por el conflicto armado (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2003).

Para el año 2001, el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas era del 13,4%, correspondiente a 870.855 personas. Uno de los principales determinantes del

empobrecimiento de la población, ha sido el desempleo el cual estaba en una cifra del 18.2% para el año 2002 (Fundación Corona, 2003)



## Gráfica 9 Mapa de Colombia

Bogotá está dividida en 20 localidades, las cuales corresponden a zonas geográficas que delimita el Concejo Distrital para efectos administrativos. Cada localidad está conformada a su vez por barrios y cuenta con su propia forma de gobierno que son las Juntas Administradoras Locales (JAL), constituidas por ediles y las alcaldías locales.

El estudio se realizó en las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Rafael Uribe Uribe y Antonio Nariño, de las cuales se hace una breve caracterización.

- **Localidad de Ciudad Bolívar**

La localidad de Ciudad Bolívar, tiene una población aproximada de 600.308 habitantes. Es la localidad con mayores índices de pobreza de la capital de la república. Un 26% de su población (156.487 personas), presentan necesidades básicas insatisfechas; de ellas, un 20% son menores de cinco años y cerca del 25%, mujeres, entre los 15 y 49 años. La localidad presenta amplios déficits en los servicios públicos, que se evidencian en el bajo número de líneas telefónicas, falta de conexiones de acueducto y alcantarillado y escaso cubrimiento del

servicio de aseo, determinado en gran medida, por la proliferación de barrios ilegales y zonas de tugurios (DABS, 2004).

Desde el punto de vista de infraestructura, predominan las vías sin pavimentación, la falta de andenes en las partes altas de la localidad o el mal estado de los mismos. A nivel de seguridad, registra el segundo lugar en la tasa de homicidios de la ciudad (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004).

- **Localidad de Bosa**

La localidad de Bosa, cuenta con un número aproximado de 500 habitantes. El 89% de su población se encuentra clasificada en los estratos 1 y 2. Un 17 % de la población (85.000 personas), presentan Necesidades Básicas Insatisfechas (DABS, 2004).

En sus inicios, Bosa fue un municipio cercano a la capital y con el proceso de crecimiento fue anexado al Distrito Capital. Este crecimiento, se ha debido, en gran medida, a la construcción de barrios ilegales, carentes muchos de ellos de servicios públicos.

En los últimos años se ha constituido en uno de los sitios de mayor confluencia de desplazados y de personas de bajos recursos económicos, ya que muchos de ellos, ante la posibilidad de adquirir lotes baratos a pesar de que no cuenten con servicios públicos, se ubican en las rondas de los ríos Tunjuelito y Bogotá (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004), estando expuestos a los problemas de salud propios de residir en inadecuadas condiciones medioambientales.

- **Localidad de Rafael Uribe Uribe**

La localidad de Rafael Uribe Uribe, cuenta con una población aproximada de 484.851 habitantes. De los cuales, un 14.26% (54.821 personas), presentaba al menos una necesidad básica insatisfecha (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004).

La localidad cuenta con tres zonas. La más baja, que es donde se localizan los barrios legalizados, cuenta con adecuados servicios públicos y acceso a sus barrios. En la parte alta, sus barrios son estrato 1 y 2, combina los barrios tanto legales como ilegales. Esta zona se caracteriza por tener grandes problemas ambientales, relacionados con la construcción de viviendas ilegales y la extracción de materiales de sus laderas, lo que están conllevando a la

presentación de zonas de erosiones (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004). Una tercera zona, está habitada por ciudadanos de la calle, viven en cambuches y se dedican a la mendicidad. Según el Departamento Administrativo de Planeación Distrital, la localidad presenta el índice mas bajo de calidad de vida de la ciudad y se constituye en la tercera localidad receptora de desplazados de la ciudad.

- **Localidad de Antonio Nariño.**

Antonio Nariño es una de las localidades con menor población de la ciudad (98.355 personas). Cuenta con dos zonas. Sólo en una de ellas se encuentra población de estrato 1 y 2, representando el 8% del total de habitantes, no obstante el resto de la población (91,4%), se encuentra en estrato 3. El porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas ocupa solo el 7.63% del total de la población.

A pesar de no ser una de las mayores localidades receptoras de población desplazada, fue incluida dentro del estudio dado que el Hospital Rafael Uribe Uribe, cubre desde el punto de vista de prestación de servicios de salud, tanto la localidad de Rafael Uribe Uribe como la de Antonio Nariño.



Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá. DABS.

**Gráfica 10 Mapa de Bogotá D.C.**

#### 4.2.1 Prestación de los servicios de salud en el Distrito

En el Distrito, los servicios públicos de salud, son prestados por las Empresas Sociales del Estado (ESE), los cuales se han organizado en cuatro grandes redes que dan cubrimiento a las distintas localidades de la ciudad: Red Norte, Red Occidente, Red Centrooriente y finalmente la Red del Sur. Cada Red aglutina a ESE de I, II y III nivel de atención. Cada ESE, se constituye en un hospital que tiene un área de influencia geográfica.

Las ESE de primer nivel de atención, brindan servicios de medicina general, odontología, atención de urgencias, ayudas diagnósticas y hospitalización de baja complejidad, es decir no requieren de tecnología, personal e infraestructura especializada. Para su operación, disponen de varios puntos de atención creados para la atención de la salud de las personas y del ambiente. De acuerdo con su nivel de complejidad se constituyen en Unidades Básicas de Atención (UBA), Unidades Primarias Atención (UPA) y Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI) (Ver características Tabla Anexa).

Las ESE de segundo nivel de atención, brindan atención intermedia a nivel de medicina general y de especialidades básicas.

Las ESE de tercer nivel de atención; proporcionan atención de alta complejidad. Además de medicina general, cuentan con especialidades básicas y subespecialidades.

**Tabla 2 Clasificación ESE de I nivel**

Características	Primer Grado	Segundo Grado	Tercer Grado
Tipo de centro	Unidades Básicas de Atención (UBA)	Centros de Salud o Unidad Primaria de Atención (UPA)	Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI-1)
Tipo de servicios	Ambulatorio	Ambulatorio	Ambulatorio y hospitalización de baja complejidad
Portafolio de servicios	Consulta médica, consulta odontológica, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Consulta médica, consulta odontológica, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, toma de muestras y atención inicial de urgencias de baja complejidad.	Consulta médica y odontológica, laboratorio clínico de baja complejidad, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, imágenes diagnósticas de baja complejidad, atención de partos de bajo riesgo, hospitalización de medicina general, urgencias de baja complejidad y terapia respiratoria.
Horario de atención	Horas y días específicos durante la semana.	Atención diurna (8 horas /día).	Atención 24 horas.

## 4.3 *Métodos*

Se utilizaron como métodos para la recolección de datos el análisis de documentos, las entrevistas individuales y el estudio de caso.

### 4.3.1 *Análisis de documentos*

Los documentos gubernamentales son considerados como un tipo de documento escrito y junto con los documentos audiovisuales y los documentos objeto, son motivo de análisis en investigaciones de corte cualitativo.

Dentro de la categoría de documentos gubernamentales, se encuentran las políticas públicas, que en opinión de Walt (1994), pueden ser consideradas como “*una serie de actividades más o menos relacionadas y sus consecuencias deseadas y no deseadas para los interesados. Más que una decisión aislada; se dirigen hacia el logro de algún propósito o meta*”.

Se partió de la premisa de que “*las normas constitucionales y legales, son la expresión jurídica de los valores fundamentales a partir de los cuales se diseñan las políticas públicas*” (Roth, 2003:174). De allí que para efectos de análisis, el estudio definió las políticas públicas, como los lineamientos que el gobierno ha materializado en normas constitucionales, tipo leyes, decretos, resoluciones, circulares, planes estratégicos y directivas, que proporcionan un marco de referencia y unas condiciones políticas, económicas y administrativas, para que los diversos actores sociales puedan dar una respuesta a necesidades específicas del entorno.

Para alcanzar el objetivo a), se analizaron documentos legales, en éste caso políticas públicas relacionadas con la prestación de servicios de salud a la población desplazada por conflicto armado en Colombia. Para el análisis del contenido de los documentos, se acudió a la técnica de análisis narrativo del contenido.

Durante el desarrollo de la investigación se llevó a cabo una revisión documental continua para explorar temas contextuales y comprender así el entorno político, económico y social de la problemática del acceso a los servicios en salud de la población desplazada en Colombia; revisión que contribuyó a su análisis final.

#### **4.3.2 Entrevistas individuales**

La entrevista consiste en un conversación profesional con una o varias personas, que ha sido diseñada para el levantamiento de información con fines investigativos o para la elaboración de diagnósticos sociales. Es una conversación en la que se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas (Ruiz, 1999). Las entrevistas pueden ser estructuradas, no estructuradas o semiestructuradas. Estas últimas se caracterizan por tener un guión de temas y por permitir modificaciones en el contenido y forma de preguntar, existiendo la posibilidad de que surjan nuevas preguntas, a partir del diálogo con la persona entrevistada.

En el estudio se llevaron a cabo entrevistas individuales semiestructuradas. Se buscó la opinión, experiencias y expectativas de los diversos actores que participan en la prestación y utilización de servicios de salud para la población desplazada, reconociendo los factores que facilitan o restringen el acceso potencial y real de ésta población a las ESE de primer nivel de atención de la ciudad de Bogotá. Se elaboró un guión de entrevista específica para cada grupo de informantes (Anexo 1).

Para dar cumplimiento a los objetivos b) y d), se entrevistaron gestores de programas de atención a población desplazada/directores de ESES; profesionales de la salud y a personal administrativo. Para dar cumplimiento a los objetivos c) y d), se entrevistaron a usuarios de los servicios de salud en condición de desplazamiento.

Las entrevistas buscaron recoger el punto de vista de los informantes sobre los factores que limitan o facilitan el acceso potencial a los servicios de salud desde dos referentes: desde el conocimiento y aplicación que se da a la política de atención en salud para la población desplazada y desde su percepción sobre la manera como influyen las características de la oferta y de los usuarios sobre dicho acceso. De igual manera, se abordó el acceso real a las ESE de I nivel, teniendo en cuenta el punto de vista de los informantes sobre la utilización de los servicios y la satisfacción generada por los servicios recibidos.

#### **4.3.3 Estudio de caso**

El estudio de caso es una técnica cualitativa, que consiste en una descripción intensiva, holística y un análisis de una entidad singular, un fenómeno o unidad social. Sus principales características son: ser particularista, ya que se focaliza en una situación o fenómeno en particular; centrándose su atención en la forma en que un grupo de personas confrontan

problemas específicos. Es heurístico, en la medida en que facilita la comprensión del fenómeno objeto de estudio, posibilitando el descubrimiento de nuevos significados, o confirmando los ya existentes. Efectúa una descripción completa del fenómeno objeto de estudio y se basa en el razonamiento inductivo para el manejo de diversas fuentes de datos (Pérez, 2001). Pueden ser descriptivos, exploratorios o explicativos (Tellis, 1997).

Algunos autores consideran al estudio de caso como el “*examen de un caso en acción*” (Walker, 1987), en tanto que otros lo utilizan para descubrir las propiedades de la clase a la cual pertenece el caso estudiado. Las interpretaciones que desarrolla el estudio de caso, como método, se elaboran a través de un proceso de definición de temas relevantes, recolección de datos, interpretación, validación y redacción del caso (Guba, 1992).

Se utilizó el estudio de caso para abordar los objetivos: c), d), e), buscando mediante el diálogo y la reconstrucción de la historia de salud de una persona en condición de desplazamiento, analizar las situaciones que estuvieron relacionadas con el acceso real del usuario a los servicios de salud ofrecidos por la respectiva ESE. Se describen los eventos facilitadores o por el contrario situaciones de conflicto que se presentaron en el proceso de interacción.

El estudio de caso en ésta investigación se desarrolló en las siguientes etapas:

- a) Recopilación de la información relativa al episodio de atención del usuario y que se encontraba registrada en los archivos de la ESE.
- b) Entrevista semi estructurada al profesional de la salud que proporcionó atención al usuario, así como a la usuaria desplazada, sujeto del caso.
- c) Análisis, sistematización y redacción del caso.

#### **4.4 Muestra**

Para los informantes se realizó un muestreo intencional o propositivo, que es aquel en el que los sujetos de la muestra no son elegidos siguiendo las leyes del azar, sino de manera intencional (Ruiz, 1999). Se diversificó el tipo de personas entrevistadas, con el fin de recoger la máxima variedad de opiniones posible (Miles y Huberman, 1994; Taylor y Bogdan, 1996), buscando reflejar las características de los servicios y de los usuarios de los mismos. Para

determinar el tamaño final de la muestra, se utilizó la saturación, es decir, no se llevaron a cabo más entrevistas, cuando se evidenció que éstas arrojaban información repetida y no brindaban nuevos datos. Al tener en cuenta la calidad y contenido de la información proporcionada, el número de casos a seleccionar resultó secundario (March y cols, 1999; Ribot y cols, 2000; Ruiz, 1999).

En cuanto a la muestra de los documentos, se analizó la totalidad de las políticas públicas vigentes en Colombia, en materia de prestación de servicios en salud para la población desplazada.

A continuación se detallan los criterios que fueron tenidos en cuenta para la selección de la muestra, la descripción de su proceso de selección y su composición final, tanto de los documentos como de los informantes que hicieron parte del estudio.

#### **4.4.1 Documentos**

Los siguientes criterios fueron tenidos en cuenta para la selección de las políticas públicas definidas en el apartado de análisis de documentos, así como el proceso para su selección y el tamaño final de la muestra.

##### **4.4.1.1 *Criterios de selección***

Los criterios utilizados para la selección de los documentos fueron los siguientes:

- a) Políticas públicas expedidas por el gobierno nacional o entidades pertenecientes al SNAIPD, que orientan la prestación de servicios en salud para la población desplazada en Colombia.
- b) Fecha de promulgación entre los años 1997 a 2003.
- c) Políticas públicas vigentes durante el periodo de estudio

Como criterios de exclusión se definieron:

- Políticas públicas que no hacen referencia a la posición del Estado, frente a la prestación de servicios en salud para la población desplazada.
- Políticas públicas sin vigencia durante el periodo de estudio.

#### **4.4.1.2 Proceso para la selección de los documentos**

Se analizaron las bases de datos de organismos estatales especializados en el tema, obteniéndose el nombre de todos los documentos, expedidos por el gobierno colombiano. Se leyeron los objetos de promulgación de los documentos que a nivel nacional habían sido promulgados, durante el periodo de 1997 a 2003 y que reflejaban la política pública frente al manejo del desplazamiento forzado en Colombia.

Se seleccionaron dos tipos de documentos, de acuerdo a los criterios anteriormente mencionados: los que hacían referencia a la actuación intersectorial para la atención integral al desplazamiento forzado, en cuyos apartes se hacía mención al desarrollo de acciones en salud para la población desplazada y los que habían sido expedidos directamente por instituciones pertenecientes al SGSSS.

#### **4.4.1.3 Tamaño final de la muestra de documentos**

La composición final de la muestra fue de 28 documentos. 17 de ellos correspondieron a documentos que contenían políticas públicas promulgadas para el manejo del desplazamiento forzado en Colombia y 11, que hacían referencia a políticas públicas expedidas por Instituciones pertenecientes al SGSSS.

En la tabla 3, se describe el tipo y número de documentos finalmente seleccionados y analizados:

**Tabla 3 Composición de los documentos**

Categoría	Tipo de documento	No. de documentos	Total
Políticas públicas para el	Decretos gubernamentales	8	17

manejo del desplazamiento forzado en Colombia	Documentos del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes )	4	
	Leyes del Congreso de la República	2	
	Circulares informativas	1	
	Directivas Presidenciales	1	
	Planes estratégicos instituciones del SNAIPDV	1	
Políticas públicas expedidas por Instituciones pertenecientes al SGSSS	Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	8	11
	Circulares del Ministerio de la Protección Social	2	
	Resoluciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	1	
Total documentos			28

#### 4.4.2 Instituciones

##### 4.4.2.1 *Criterios de selección de las instituciones*

Como criterios para la selección de las instituciones se definieron los siguientes:

- Ser IPS de carácter público, adscritas a la red de la Secretaría de Salud de Bogotá.
- Ser instituciones de primer nivel de atención de diversa complejidad: UBA, UPA, CAMI-1.

##### 4.4.2.2 *Proceso de selección de las instituciones*

Para la selección de las Empresas Sociales del Estado, que participarían en el estudio, la investigadora envió comunicación a las direcciones administrativas de todas las ESE de primer nivel de la ciudad de Bogotá, solicitando su colaboración con el estudio. Se estableció contacto personal con los directores de aquellas instituciones que respondieron afirmativamente. Se explicaron los objetivos de la investigación y se entregó copia del proyecto. Se obtuvo la autorización para el estudio, y se acordaron los mecanismos para contactar a los informantes de las respectivas instituciones.

##### 4.4.2.3 *Muestra de las instituciones*

En el estudio participaron tres ESE de primer nivel, cuya área de influencia la constituyen las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Rafael Uribe Uribe y Rafael Nariño.

En la siguiente tabla se enuncian las ESE de primer nivel, con los centros que participaron en el estudio:

**Tabla 4 Composición final de ESE que participaron en el estudio**

ESE I Nivel	Area de influencia	Centros que participaron
Hospital Vista Hermosa	Localidad de Ciudad Bolívar	Sede Administrativa Hospital Vista Hermosa CAMI Manuela Beltrán CAMI Jerusalén UPA Sierra Morena
Hospital Rafael Uribe Uribe	Localidades de Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe	Sede Administrativa Hospital Rafael Uribe Uribe UPA Quiroga UPA Bravo Páez
Hospital Pablo Sexto VI	Localidad de Bosa	Sede Administrativa Hospital Pablo VI CAMI Pablo VI

#### **4.4.3 Informantes**

##### **4.4.3.1 Criterios de selección**

###### **Criterios de selección de los gestores**

- Ambos sexos
- Coordinar áreas o instituciones con competencias en el desarrollo de programas de atención en salud a población desplazada

###### **Criterios de selección de profesionales de la salud y personal administrativo**

- Ambos sexos
- Ser trabajadores de la institución
- Prestar de manera habitual servicios a la población desplazada.

###### **Criterios para la selección de los desplazados**

- Ambos sexos

- Edad superior a 18 años
- Haber utilizado las ESE de primer nivel de atención
- Haber elegido como lugar de asentamiento la ciudad de Bogotá
- Encontrarse en fase de transición durante su desplazamiento

#### **4.4.3.2 Proceso de selección de los informantes**

Para la identificación de los gestores de Instituciones o Programas de Atención a población desplazada, se envió carta a las respectivas ESES, e Instituciones, que a nivel distrital proporcionan atención a población desplazada, solicitando el nombre y la confirmación de los cargos. Su contacto se efectuó mediante visita personalizada. Se presentaron los objetivos de la investigación. Se solicitó su consentimiento para participar en el estudio y se acordaron lugares y fechas para las entrevistas. A todos los gestores, se les entrevistó en sus respectivos lugares de trabajo.

A los trabajadores de la ESE (profesionales de la salud/ personal administrativo), se les identificó a través de los listados que proporcionaron los directores de las ESE, y mediante comunicación verbal que efectuaron algunos gestores a los jefes de servicio. Se les informó sobre los propósitos del estudio, se solicitó su consentimiento para participar, y se acordaron fechas y horas para las entrevistas, en las respectivas instituciones.

Para el contacto de los desplazados, las ESE proporcionaron con base en sus registros, el nombre de algunos de sus usuarios. Para ampliar la posibilidad de entrevistar a otras personas desplazadas, se utilizó la técnica de “*bola de nieve*”, que consiste en que una vez se ha establecido el contacto con algunos informantes, éstos contribuyan al contacto y ubicación de otros (Galindo, 1998). Se les contactó telefónicamente o mediante visita a sus lugares de residencia. Se dieron a conocer los motivos y propósitos de la investigación. Se solicitó su consentimiento para participar en el estudio, acordándose el lugar y hora de la entrevista. La gran mayoría eligió sus viviendas como lugar de la entrevista, en tanto que algunos de ellos, optaron porque ésta fuera desarrollada en la ESE.

Las entrevistas tuvieron una duración entre una y dos 2 horas. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas de manera textual.

#### **4.4.3.3 Composición final de la muestra de informantes**

Dentro de la categoría de gestores se entrevistó a un total de 10 informantes, correspondientes a responsables de la dirección de programas de atención en salud a la población desplazada (Ministerio de la Protección Social, Red de Solidaridad Social, Unidad de Atención Integral para la Población Desplazada del Distrito), así como directores o gestores de centros pertenecientes a las ESE de primer nivel.

De los profesionales de la salud, participaron un total de 25 personas, vinculados a los servicios de: medicina, enfermería, odontología, bacteriología, trabajo social y fisioterapia, que durante su vinculación con la ESE hubieran tenido experiencia en la prestación de servicios de salud a la población desplazada.

En cuanto al personal administrativo participaron 18 informantes, que trabajaban en las oficinas de facturación, caja, operación de radio, atención al usuario, información y finalmente de estadística y archivo.

Para finalizar se entrevistaron 28 personas desplazadas, que han sido usuarios de ESE de I nivel en la ciudad de Bogotá.

En total se entrevistaron 81 informantes, que se presentan en la siguiente tabla.

**Tabla 5 Composición final de los informantes**

Categoría	Clasificación del informante	Hombre	Mujer	Total
Gestores	Gestores de Programas Directores de Centros	01 03	03 03	<b>10</b>

Profesionales de la salud	Médicos Enfermeros jefes Odontólogos Bacteriólogas Trabajadores sociales Fisioterapeuta Auxiliar de enfermería Auxiliar Laboratorio Clínico	05 01 01 00 01 00 00 00	04 04 02 03 01 01 01 01	<b>25</b>
Personal administrativo	Facturación Oficina Información Caja Oficina Atención al Usuario Estadística y Archivo Operador de Radio	03 00 00 00 01 01	04 03 03 02 01 00	<b>18</b>
Desplazados		16	12	<b>28</b>
<b>Total</b>		<b>33</b>	<b>48</b>	<b>81</b>

#### 4.4.4 Selección del caso

##### 4.4.4.1 *Criterios para la selección del caso*

Adulto(a) con una historia de desplazamiento y que hubiese utilizado los servicios de salud de alguna de las ESE de primer nivel de atención de la ciudad.

##### 4.4.4.2 *Proceso de selección*

Habiendo llevado a cabo las entrevistas con usuarios desplazados, se eligió a una persona cuya experiencia con la utilización de los servicios de salud, permitiera describir el acceso potencial y real a las ESE. Se le comentó el interés por mantener varias entrevistas sobre su caso, obteniéndose su consentimiento para establecer contacto con el profesional que llevaba su caso a nivel de la ESE y para consultar su respectiva Historia Clínica. Se llevaron a cabo tres entrevistas, en diferentes períodos de tiempo, con la persona desplazada, con una duración aproximada de 1 hora cada una de ellas.

Se visitó al profesional del área de medicina que atendía el caso, se explicó el propósito del estudio y se obtuvo su consentimiento para participar en la investigación. Se concertó lugar y

fecha para la entrevista. Se solicitó a la oficina de Estadística copia de la Historia Clínica, mediante autorización por escrito suministrada por la usuaria.

El profesional explicó los principales eventos por los cuales había consultado la usuaria a la institución, mediante la correlación que efectuó con la historia clínica, así como su percepción frente a los servicios proporcionados a la usuaria.

Las temáticas abordadas en la entrevista con la usuaria desplazada así como con el profesional de la salud que manejó su caso, se especifican en el Anexo 2.

#### **4.4.4.3 *Características del caso***

Se analizó el caso de una mujer de 66 años, usuaria de una de las ESE de I nivel de la ciudad de Bogotá, que en la actualidad presenta un síndrome vertiginoso, como consecuencia de un tumor hipofisiario. Su edad, asociada a su precaria situación económica y a las dificultades para acceder a los servicios de salud llamaron la atención de la investigadora, para analizar un poco más a fondo su problemática. Además, se obtuvo la colaboración de la ESE para la obtención de una copia de su historia clínica, así como la posibilidad para entrevistar a uno de los profesionales de la salud que han manejado su caso

### **4.5 *Análisis de datos***

El análisis de datos cualitativo consiste “*en reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar la información con el fin de obtener una visión lo mas completa posible de la realidad objeto de estudio*” (Pérez, 1998).

Para el análisis de los datos se acudió a la técnica cualitativa de análisis narrativo del contenido, que consiste “*en la descripción objetiva y sistemática del contenido manifiesto de las comunicaciones de cualquier tipo*” (Balcells, 1994); y que hace parte del enfoque narrativo que analiza el contenido del discurso según las bases teóricas de la escuela crítica, el posmodernismo y el constructivismo. Estos enfoques, no buscan verdades últimas sino relatos, teniendo en cuenta el punto de vista de los implicados (Valles, 2000), el interés particular por conocer como se desarrollan los sujetos y el sentido que tiene el entorno (Pakman, 1996).

Para el análisis narrativo del contenido, los datos fueron segmentados de manera manual. Se constituyeron como unidades de análisis los diversos tipos de informantes: las políticas públicas, los gestores, los profesionales de la salud, el personal administrativo y los desplazados.

Se leyeron los contenidos de cada documento y de cada entrevista, identificándose los fragmentos significativos, determinando de ésta manera los fenómenos reflejados y su significado dentro del texto.

Los fragmentos significativos, permitieron una generación mixta de categorías. Por una parte, las que procedían de los guiones de las entrevistas y las emergentes de los documentos y de las entrevistas (Ver tablas 6 y 7: Categorías mixtas para el análisis del acceso potencial en el contenido de las políticas públicas). Al margen de los documentos y de las entrevistas, se hicieron anotaciones de cada una de las categorías, estableciendo para ello un código descriptivo, es decir atribuyendo un contenido a cada segmento del texto señalado.

A continuación se desarrolló un proceso de clasificación de los contenidos de cada entrevista y cada documento, agrupándose los fragmentos que al interior de cada uno de ellos, presentaban algún tipo de similitud.

En una segunda etapa del análisis, se hizo una nueva clasificación de los contenidos por grupo de informantes, estableciendo las principales semejanzas o diferencias entre éstos.

**Tabla 6 Categorías mixtas para el análisis del acceso potencial en el contenido de las políticas públicas**

Categoría	Definición	Subcategorías
Organización del sistema	Manera como se estructura el sistema para proveer, distribuir, y coordinar la prestación de servicios de salud a la población desplazada.	Estructura del Sistema Nacional de Atención Integral para la Población Desplazada por La Violencia. Organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la prestación de servicios a la población desplazada. Proveedores de servicios de salud: Instituciones públicas o privadas, que brindan atención en salud a las personas en condición de desplazamiento.
Aseguramiento	Mecanismos para el logro de la afiliación de los usuarios en condición de desplazamiento al SGSSS y disfrute de las prestaciones a	Beneficiarios de la política, garantía de aseguramiento, prestaciones a las que tienen derecho, condiciones de acceso a las mismas.

Categoría	Definición	Subcategorías
	las que se tiene derecho.	
Financiación	Fondos necesarios para el funcionamiento del sistema y su distribución a los diversos agentes para garantizar el acceso de la población desplazada a los servicios de salud	Fuentes de financiación: son las formas que tiene el sistema de salud para captar recursos que permitan la financiación de los servicios salud para la población desplazada (impuestos, seguros obligatorios, pagos directos, donaciones internacionales, etc).  Asignación de los recursos de financiación: distribución que se establece de los recursos financieros para garantizar la prestación de servicios en salud.
Procedimientos para la Atención	Trámites administrativos que deben cumplir tanto proveedores como usuarios para la prestación de servicios en salud a la población desplazada	Procedimientos por parte de los usuarios.  Procedimientos Institucionales
Objetivos	Resultados esperados en términos de solución de problemas y necesidades de atención en salud para la población desplazada.	Objetivos de las políticas públicas para el manejo de la atención en salud a la población desplazada en Colombia.
Principios	Conceptos o ideas rectoras que fundamentan la atención en Salud para la población desplazada en Colombia	Reconocimiento del desplazamiento como un evento catastrófico  El reconocimiento de los derechos humanos.  La atención preferencial a los colectivos más vulnerables.  La gestión interinstitucional.

**Tabla 7 Categorías mixtas para el análisis del acceso potencial desde las características de las ESE y de los desplazados**

Categoría	Definición	Subcategorías
Implementación de la política	Opinión sobre la aplicación de la política de atención en salud a la población desplazada.	Logros de la política de atención en salud para la población desplazada  Dificultades en la implementación de la política  Mecanismos de divulgación de la política
Características de la Oferta	Manera como el sistema provee, distribuye y coordina los recursos para	1. Disponibilidad de recursos: recursos de infraestructura, recursos para la financiación de la atención.

Categoría	Definición	Subcategorías
	favorecer la prestación de los servicios a la población desplazada	<p>2. Organización del sistema</p> <p>Condiciones de entrada: acceso geográfico, portafolio de servicios, adecuación de horarios de atención, tiempos de espera.</p> <p>Condiciones de estructura: prestaciones a las que se tienen derecho, identificación de beneficiarios, procedimientos para la atención a la población desplazada, mecanismos de coordinación interinstitucional</p> <p>Condiciones de salida: continuidad de los servicios.</p>
Características de predisposición de los usuarios	Características de la población desplazada que influyen en la decisión y en las tendencias de utilización de los servicios de salud.	<p>Creencias y actitudes: actitudes y valores hacia la salud y hacia los servicios de salud.</p> <p>Información de los usuarios: conocimientos sobre los derechos y deberes en salud y los servicios que ofrecen las instituciones de salud.</p> <p>Características demográficas: influencia de la edad, el sexo y el estado civil, sobre el acceso a los servicios de salud.</p> <p>Estructura social: influencia de la educación, la ocupación, la etnia, la estructura familiar y la integración social, en el acceso a los servicios de salud.</p>
Recursos Disponibles de la población para acceder a los servicios de salud	Recursos personales, familiares y sociales que facilitan o limitan el acceso a los servicios de salud	<p>Recursos personales/Familiares: condiciones económicas del individuo o su familia, que facilitan o limitan el acceso potencial a los servicios de salud.</p> <p>Recursos comunitarios: existencia de redes de apoyo social, que pueden facilitar el acceso potencial a los servicios de salud</p>
Necesidades de atención en salud de los desplazados	Situación que debe ser satisfecha en el individuo para disminuir las consecuencias sobre su salud.	<p>Necesidades percibidas: opinión sobre la condición de salud y la magnitud de ayuda profesional que se considera necesaria.</p> <p>Necesidades evaluadas: principales problemas que identifican los profesionales de la salud y que ameritan una intervención frente a su manejo.</p>
Utilización de los servicios de salud	Percepción que se tiene del uso que se da a los servicios de salud, de acuerdo con los recursos existentes y los propósitos de utilización.	Propósitos de utilización de los servicios.

Categoría	Definición	Subcategorías
Conductas hacia los servicios de salud	Interacción desarrollada por la población desplazada hacia los servicios de salud	Continuidad del tratamiento: seguimiento de las orientaciones y tratamientos prescritos. Conductas de salud: mecanismos adoptadas para el manejo de problemas de salud ante episodios concretos.

#### **4.6 Mecanismos de control de la calidad**

Con el fin de garantizar la validez de los resultados, se utilizó la triangulación, que consiste en la contrastación de la información a través de diferentes fuentes y técnicas para su recopilación (Robson, 1993; Erlandson, 1993; Valles, 2000). En el estudio, se utilizaron los datos obtenidos de los documentos, así como los puntos de vista de los diversos grupos de informantes, permitiendo efectuar comparaciones de un mismo fenómeno, en este caso sobre las condiciones del acceso a los servicios de salud de la población desplazada.

En las entrevistas participó la investigadora y dos observadoras quienes registraron la información obtenida en diarios de campo. Todas las entrevistas fueron grabadas y su transcripción fue supervisada directamente por la investigadora y contrastada con los diarios de campo. El análisis de los datos fue desarrollado por la investigadora, bajo la retroalimentación permanente de la directora de tesis.

#### **4.7 Aspectos éticos**

La investigación no contempló riesgos para las personas que participaron en el estudio, ya que los métodos de investigación planteados no involucraron experimentos clínicos, ni condiciones que pudieran afectar su integridad personal.

La participación de los informantes fue de carácter voluntario obteniéndose su consentimiento para la obtención de la información. Para el análisis de la historia clínica, se obtuvo la autorización por escrito de la persona desplazada. La investigadora se comprometió a preservar la confidencialidad y el anonimato tanto de los participantes como de las instituciones.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario (Colombia).

#### **4.8 Limitaciones del estudio**

Como principales dificultades para la realización del estudio se encontraron:

La dificultad de contactar a algunas ESE de primer nivel del Distrito, dado que durante el periodo de estudio no estaban proporcionando atención a la población desplazada. Encontrándose en un caso, la solicitud de contraprestación económica; por lo cual no fueron incluidas dentro del estudio.

En el caso de algunos informantes de las ESE, se evidenció temor en dar información que pudiese comprometer a sus respectivas instituciones o por sentirse evaluados frente a su desempeño.

Dificultad para contactar a los desplazados. Fueron varios los aspectos que limitaron su contacto, encontrándose como el más significativo: las condiciones de inseguridad del país, que llevaron a que muchos de ellos refirieran temor por dar a conocer aspectos que en su opinión podían afectar su integridad personal, a pesar del compromiso de la investigadora, de mantener su anonimato frente a la información proporcionada.

Dificultades de acceso a algunos de los barrios por falta de transporte público. Muchos de los desplazados asentados en la ciudad de Bogotá, se encontraban ubicados en barrios de invasión en donde el acceso se dificulta por la falta de transporte urbano, por lo cual no fue posible entrevistarlos.

La dispersión geográfica de los entrevistados. Para el estudio hubo necesidad de abordar a los entrevistados en sus viviendas, las cuales se encontraban ubicadas en diversas zonas geográficas de las localidades descritas, lo que implicó un mayor tiempo en los traslados de un lugar a otro.

La inseguridad en muchos de los barrios en donde reside la población desplazada, dificultó en algunas ocasiones el contacto con la población, principalmente con aquellos que se encontraban laborando, dado que su disponibilidad era en horarios nocturnos.

En la selección de los informantes, es posible que no se haya incluido algún grupo cuyas aportaciones pudieran haber complementado la problemática objeto de análisis.

Desde el punto de vista de la revisión bibliográfica efectuada, los idiomas consultados correspondieron al inglés y al castellano, quedando excluidas publicaciones en otros idiomas, que en determinado momento pudieron enriquecer la visión de la problemática.

---

## 5 RESULTADOS

---

Los resultados del acceso de la población desplazada a las ESE, se presentan desde cada una de las unidades de análisis: la primera de ellas, da cuenta de cómo el contenido de las políticas influye sobre el acceso potencial a los servicios de salud, en tanto que las siguientes, reflejan la opinión de los diferentes actores involucrados en el proceso de atención en salud: gestores, profesionales de la salud, personal administrativo y desplazados.

Los resultados se presentan de manera descriptiva, ya que se trata de un estudio cualitativo. Al interior de cada grupo se indican las semejanzas y diferencias entre los fragmentos de los documentos o las respuestas de los informantes. En aquellos casos en los que existe coincidencia se indica con expresiones tales como una gran parte, todo/as, la mayoría, poco/as, alguno/as, un/a.

Finalmente, se describe el caso de una usuaria desplazada, que ha requerido atención en salud por parte de una de las ESE de I nivel que participaron en el estudio.

### ***5.1 El contenido de las políticas como determinante del acceso a los servicios de salud***

Para el análisis del acceso potencial de la población desplazada a los servicios de salud, delimitado por el contenido de las políticas, se tuvieron en cuenta: los principios y objetivos orientadores de las políticas públicas para éste colectivo, la organización del sistema, los mecanismos de aseguramiento, el financiamiento de la atención en salud para la población desplazada y finalmente, los procedimientos establecidos por el gobierno nacional para garantizar la prestación de servicios en salud.

#### **5.1.1 Principios orientadores de la política de atención en salud para la población desplazada**

Del análisis de las políticas públicas para la atención en salud a la población desplazada por conflicto armado en Colombia, se desprenden como principios orientadores: la atención en salud como un derecho fundamental, la definición del desplazamiento forzado como un evento catastrófico, la atención preferencial en salud a los colectivos más vulnerables y la gestión interinstitucional como base para la atención en salud.

### **5.1.1.1 La atención en salud como un derecho fundamental**

Durante el periodo de análisis, una de las primeras normativas que considera que el desplazamiento conlleva a una violación de los derechos humanos es el Decreto 976 de 1997, ya que “*constituye grave desastre multifacético, en cuanto implica violación de los derechos políticos, económicos y sociales*”. Tras éste reconocimiento, se han formulado principios que parten del respeto de los derechos fundamentales de la persona en condición de desplazamiento, cuando se enuncia que cualquier persona desplazada, tendrá derecho a que se le reconozcan sus derechos civiles fundamentales (entre ellos la salud). De igual manera, se establece el derecho a “*no ser discriminados por su condición social de desplazados, motivo de raza, religión, opinión pública, lugar de origen o incapacidad física; el desplazado forzado tiene derecho a acceder a soluciones definitivas a su situación*” (Artículo 2, Ley 387 de 1997).

En otros documentos gubernamentales como el Documento Conpes 3057 de 1999, se establece que el Estado debe contribuir al restablecimiento de los derechos humanos en la población desplazada, declarando que éstos postulados están en concordancia con las políticas para la promoción y el respeto de los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario, que han sido adoptadas en el país.

La reivindicación de la salud como un derecho fundamental, se enuncia en el Artículo 2º del Acuerdo 59 de 1997 que establece que la población desplazada tendrá “*derecho a recibir los servicios de salud necesarios para la atención oportuna de la enfermedad derivada de la exposición a riesgos inherentes al desplazamiento*”. Recordándose posteriormente al Ministerio de Salud y a las Direcciones Departamentales y Locales de Salud, que son ellas quienes “garantizarán el derecho a la salud de la población desplazada a través de la atención integral en salud” (Decreto 173 de 1998).

A su vez, el Decreto 2131 de 2003 propone regular que la atención en salud que se proporcione al desplazado, esté acorde con los contenidos de la Ley 100 de 1993. En éste sentido se reconoce que el Estado debe comprometerse a “*garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten*” (Artículo 1, Ley 100 de 1993) y por otra parte, a reconocer que la prestación de servicios en salud se

constituye en un “*derecho social para todos los habitantes de Colombia*” (Artículo 154, Ley 100 de 1993).

#### **5.1.1.2 *El desplazamiento forzado como un evento catastrófico***

El Decreto 976 de 1997 estableció que el fenómeno social del desplazamiento de población civil a causa de la violencia, es un evento de naturaleza similar a los desastres y las calamidades. Aspectos que serían reiterados en el mismo año, cuando se declara que el desplazamiento forzado de la población es un evento catastrófico, reconociendo que quienes han sufrido sus consecuencias, “*su vida, integridad física, seguridad o libertad personal ha sido vulnerada o se encuentra amenazada*” (Artículo 1, Acuerdo 59 de 1997).

El hecho de declarar el desplazamiento como un evento catastrófico, ha motivado la formulación de distintas normativas desde el año 1997 hasta el 2003; que partiendo de las disposiciones del Artículo 167 de la Ley 100 de 1993, han favorecido la destinación de recursos procedentes de la Subcuenta ECAT del Fosyga y del Sistema General de Participaciones. De igual manera, se creó el sistema de reaseguramiento con el fin de cubrir aquellos eventos que siendo derivados por el desplazamiento, excedieran los Planes de Beneficios de los respectivos regímenes de aseguramiento.

#### **5.1.1.3 *La atención preferencial en salud a los colectivos más vulnerables***

La política de atención en salud para la población desplazada desarrollada durante el periodo 1997- 2003, al equiparar el desplazamiento con un evento catastrófico que conlleva la pérdida de la integridad del ser humano, reconoce la vulnerabilidad social que tiene la persona en condición de desplazamiento.

Además dentro de sus planteamientos, se ha considerado que existen colectivos a quienes el desplazamiento genera un mayor impacto, como es el caso de “*las mujeres y niños, preferencialmente las viudas, mujeres cabeza de familia y huérfanos*” (Artículo 10, Ley 387 de 1997). Estos grupos han sido propuestos como la base a partir de la cual girarán las políticas.

En relación con las actividades específicas a desarrollar con la niñez, el gobierno delegó al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el manejo de éste colectivo, concientizándolos de la necesidad de “*brindar prelación en sus programas a la atención de los niños y huérfanos*,

*vinculándolos al proyecto de asistencia social, familiar y comunitaria en las zonas de asentamiento de los desplazados” (Artículo 19, Ley 387 de 1997).*

La atención preferencial hacia los grupos mas vulnerables, también se evidencia en el Plan de Atención Integral a la Población Desplazada, al enunciar que “*las mujeres, las gestantes y lactantes, los jóvenes y la población infantil serán atendidas de manera diferencial y preferencial*”, tanto en las fase de emergencia, como de estabilización socioeconómica (Decreto 173 de 1998).

El Documento Conpes 3057 de 1999, reitera que de acuerdo con la fase de desplazamiento, debe procurarse una atención diferencial para éste colectivo, con base en los siguientes criterios: el énfasis de la atención en la niñez, evitando la vulnerabilidad extrema de los niños; el sexo, ya que dadas las condiciones en las cuales se produce el desplazamiento forzado por la violencia en Colombia, cerca de mitad de las familias desplazadas tienen a mujeres como jefe de hogar; la existencia de discapacidad, buscando disminuir y superar paulatinamente la exclusión a que se ve sometida la población discapacitada víctima del desplazamiento y los grupos étnicos minoritarios, buscando el respeto por sus derechos especiales contenidos en la legislación indígena y en la Ley 70 de 1993. Estos planteamientos del documento Conpes, ratifican los efectuados en el año 1997, cuando se enuncia que el Estado en relación con las comunidades indígenas y la población negra que ha sido desplazada, deberá garantizarles una atención especial, teniendo en cuenta sus hábitos de vida y sus costumbres (Artículo 10, Ley 387 de 1997).

#### **5.1.1.4 *La gestión interinstitucional de la atención en salud***

La política de atención en salud para la población desplazada durante el periodo 1999-2003, ha enfatizado la importancia de unir esfuerzos entre los diferentes actores públicos o privados. Dentro de éstos elementos se resalta la creación del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia (SNAIPD) mediante la Ley 387 de 1997, la definición de competencias para las instituciones que hacen parte del SNAIPD, entre ellas el Ministerio de Salud (Documento Conpes 2924 de 1997) y la posterior formulación del Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia (Decreto 173 de 1998).

Para la creación del SNAIPD, el gobierno propuso la necesidad de que los esfuerzos tanto públicos como privados se integraran no solo para dar respuesta a las necesidades de atención de la población desplazada, sino también para coordinar los programas de prevención en el área” (Artículo 4, Ley 397 de 1997 y Documento Conpes 2924 de 1997).

El gobierno nacional delegó a través de diversas normativas al SGSSS, bajo la directriz del Ministerio de la Salud (Hoy Ministerio de la Protección Social), el desarrollo de acciones coordinadas entre las entidades territoriales, las IPS, las Direcciones Locales, Distritales y Departamentales de Salud, el Ministerio de la Protección Social y la Red de Solidaridad Social de la Presidencia de la República, con el fin de garantizar que éste colectivo pudiera acceder a las acciones previstas para ello (Documento Conpes 3057 de 1999; Decreto 2569 de 2000; Circular 21 de 2001; Directiva Presidencial 06 de 2001; Circular 042 de 2002, Decreto 2131 de 2003). De ésta manera el gobierno nacional, ha buscado promover la gestión y la coordinación interinstitucional, como base para garantizar la prestación de servicios en salud para la población desplazada.

### **5.1.2 Objetivos de la política de atención en salud a la población desplazada**

La política de atención en salud para la población desplazada, presenta como principales objetivos afiliar a las personas que han sido víctimas del desplazamiento forzado al SGSSS, proporcionar atención integral a éste colectivo y divulgar las políticas de atención en salud.

#### **5.1.2.1 *Favorecer la afiliación de la población desplazada al SGSSS.***

Durante el periodo de análisis diversas políticas han enunciado dentro de sus objetivos, la necesidad de afiliar a la población desplazada al SGSSS, colocándola como uno de los grupos poblacionales con preferencia para ello.

En el año 1998, el gobierno estableció que la población desplazada habría de ser afiliada al régimen subsidiado (Decreto 173 de 1998). A su vez, el Plan Estratégico para el manejo del desplazamiento interno forzado por el conflicto armado, formulado por la Red de Solidaridad Social en 1999, enuncia que durante la etapa de transición, se gestionará la inclusión de la población desplazada en el Sisbén del respectivo municipio y se favorecería su inclusión en el régimen subsidiado o contributivo, de acuerdo con sus condiciones económicas.

A su vez el Acuerdo 244 de 2003, establece que para efectos de la Identificación de potenciales beneficiarios para ingresar al régimen subsidiado, dentro de los grupos a los cuales no se aplicará la encuesta Sisbén, se encuentra la población que ha padecido el desplazamiento forzado, siempre y cuando se encuentre incluido dentro del Sistema Único de Registro de la Red de Solidaridad Social.

Este acuerdo establece que las alcaldías o Gobernaciones, buscarán la ampliación de coberturas del Régimen Subsidiado, elaborando las listas de potenciales afiliados al Régimen Subsidiado, clasificados en los niveles 1 y 2 de la encuesta SISBEN, teniendo en cuenta a recién nacidos, menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del ICBF, la población del área rural, población indígena y población del área urbana. Dentro de dichos grupos, se priorizan a las embarazadas, a los menores de cinco años, la población con discapacidad, mujeres cabeza de familia, tercera edad, población en condición de desplazamiento forzado, núcleos familiares de las madres comunitarias y desmovilizados.

#### **5.1.2.2 *Brindar atención integral en salud a la población desplazada***

Con la creación del SNAIPD en 1997, el gobierno colombiano propuso como uno de sus objetivos, garantizar la atención integral a la población desplazada por la violencia para lograr su reincorporación a la sociedad colombiana, así como neutralizar y mitigar los efectos de los procesos y dinámicas de violencia que provocan el desplazamiento (Artículo 4, Ley 397 de 1997 y Documento Conpes 2924 de 1997).

El gobierno nacional ha expresado en la formulación del Plan de desarrollo (2002-2006), su propósito de brindar asistencia integral en nutrición, refugio y salud física y psicosocial a la población desplazada (Artículo 8, Ley 812 de 2003) y regular la atención en salud para la población desplazada, en los términos, condiciones y contenidos de la Ley 100 de 1993 (Artículo 1º, Decreto 2131 de 2003).

#### **5.1.2.3 *Divulgar las políticas de atención en salud a la población desplazada***

Otro de los objetivos que se destacan dentro de la política de atención en salud para la población desplazada, es el de “*llevar a cabo un programa de divulgación a la población desplazada sobre sus derechos en salud*”; propuesta que fue consignada dentro del Plan Estratégico para el manejo del desplazamiento interno forzado por el conflicto armado”, en 1999.

### **5.1.3 Organización del sistema**

Las políticas públicas definen dos grandes elementos dentro de la organización del sistema para la atención de la población desplazada en Colombia: por una parte, el SNAIPD, que aglutina a todas las instancias tanto públicas como privadas y comunitarias que intervienen en la prevención y atención de ésta problemática en el país y por otra, el papel que cumple el SGSSS como instancia reguladora de la prestación de los servicios en salud hacia la población desplazada.

#### **5.1.3.1 *Estructura del SNAIPD***

Con la promulgación de la Ley 387 de 1997, el gobierno colombiano, creó el SNAIPD, al cual pertenecen instituciones públicas, privadas y comunitarias, con ámbito nacional, departamental, municipal o distrital, que llevan a cabo planes, programas, proyectos y acciones específicas, para la atención del desplazamiento forzado en todo el territorio nacional. Dentro de las instituciones que hacen parte del SNAIPD se encuentran las pertenecientes al SGSSS.

Como principales instancias del SNAIPD se encuentra el Consejo Nacional para la Atención a la Población Desplazada por la Violencia (CNAPD) y los Comités Municipales, Distritales y Departamentales para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, como entes rectores en el territorio nacional, la Red de Solidaridad Social como ente coordinador del Sistema y finalmente, los prestadores de los servicios a la población desplazada, en los distintos sectores (salud, educación, trabajo, etc).

El Consejo Nacional para la Atención a la Población Desplazada por la Violencia, está integrado por: un delegado del Presidente de la República, quien lo preside, el Consejero Presidencial para la Atención de la Población Desplazada por la Violencia, diversos Ministros, entre los cuales se destaca el Ministro de Salud (en la actualidad Ministro de la Protección Social y representante del SGSSS), el Director del Departamento Nacional de Planeación, el Defensor del Pueblo, el Consejero Presidencial para los Derechos Humanos, el Consejero Presidencial para la Política Social, el Gerente de la Red de Solidaridad Social y el Alto Comisionado para la Paz (Artículo 6, Ley 387 de 1997).

Dentro de las funciones que tiene el CNAPD, se encuentran la formulación y aprobación de las políticas para la atención del desplazamiento forzado en el país, entre ellos, el Plan de

Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, así como garantizar la asignación presupuestal de los programas que las entidades responsables del funcionamiento del SNAIPD tienen a su cargo (Artículo 6, Ley 387 de 1997).

Para el desarrollo de acciones en el ámbito territorial, el gobierno dispuso la creación de los Comités Municipales, Distritales y Departamentales para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia. Estos comités, estarían integrados por “*el Gobernador o el Alcalde, quien lo presidirá, el Comandante de Brigada, el Comandante de la Policía Nacional en la respectiva jurisdicción o su delegado, el Director del Servicio Seccional de Salud o el Jefe de la respectiva Unidad de Salud, el Director Regional, Coordinador del Centro Zonal o el Director de Agencia en los nuevos departamentos, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, un representante de la Cruz Roja Colombiana, un representante de la Defensa Civil, un representante de las Iglesias y dos representantes de la población desplazada*”(Artículo 7, Ley 387 de 1997).

Las funciones de éstos Comités, son la elaboración e implementación de políticas, planes y programas para la prevención, atención, protección y estabilización socioeconómica de la población desplazada por la violencia dentro de su territorio de competencia (departamento, municipio o distrito), promover y gestionar la obtención de recursos para apoyar las comunidades desplazadas por la violencia en su territorio, así como brindar apoyo y colaboración a las distintas instituciones del SNAIPD (Artículo 8, Ley 387 de 1997).

La Ley 387 creó el Fondo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, con el objetivo de financiar y/o cofinanciar los programas de prevención del desplazamiento, de atención humanitaria de emergencia, de retorno, de estabilización y consolidación socioeconómica y el manejo de la Red Nacional de Información, que llevarían a cabo las instituciones pertenecientes al SNAIPD. La administración del fondo, se encargó al Ministerio del Interior y la coordinación de su ejecución a la Consejería Presidencial para los Desplazados (Artículos 21 y 22, Ley 387 de 1997). Aspectos que serían asumidos posteriormente por la Red de Solidaridad Social según las disposiciones del Decreto 489 de 1999 y del Decreto 1547 de 1999.

Con el fin de garantizar las acciones del SNAIPD, se dispuso que el Fondo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, contara con los recursos del Presupuesto General de la Nación, las donaciones que ingresaran directamente al Fondo, los

recursos de crédito que contratará la Nación para atender el objeto y funciones del Fondo, así como con los aportes de cooperación internacional, y otros recursos adquiridos por el gobierno nacional; teniendo en cuenta las disposiciones de la Ley 387 de 1997 y las ratificaciones que haría de manera posterior el Decreto 501 de 1998,

La Red de Solidaridad Social, además de propiciar los mecanismos de coordinación interinstitucional en el SNAIPD, para dinamizar y cualificar la atención que prestan las distintas entidades del Sistema; actualiza el Registro Único de Población Desplazada, lleva a cabo el seguimiento y evaluación de los resultados de los programas y actividades desarrolladas por las entidades que conforman el sistema; promueve y coordina con las entidades territoriales la atención humanitaria de emergencia; promueve la creación y apoyo de los Comités Municipales, Distritales y Departamentales para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, promueve con entidades estatales y ONG's nacionales e internacionales programas dirigidos a la población desplazada, promueve el establecimiento de una red nacional para la atención humanitaria integral de emergencia y prepara y divulga material de apoyo para la toma de decisiones en el ámbito territorial (Artículo 1, Decreto 2560 de 2000)

En relación con el apoyo que proporciona la Red de Solidaridad Social al SGSSS, ésta promueve el desarrollo de alianzas institucionales que faciliten la atención en salud a la población en las primeras fases del desplazamiento, así como la orientación a prestadores de servicios y usuarios en torno a los procedimientos para la atención (Plan Estratégico para el manejo del desplazamiento interno forzado por el conflicto armado, 1999).

### **Competencias del SGSSS dentro del SNAIPD.**

Dentro de las competencias asignadas a las diversas instituciones, para el cumplimiento del Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada, el gobierno dispuso que el SGSSS “implementará mecanismos expeditos para que la población afectada por el desplazamiento acceda a los servicios de asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica, hospitalaria y de rehabilitación, de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993” (Artículo 19, Ley 387 de 1997).

Las instituciones que pertenecen al SGSSS, como miembros del SNAIPD, tienen el compromiso de implementar los mecanismos para que la población afectada por el

desplazamiento acceda a los servicios de salud, de acuerdo con los lineamientos de la Ley 100 de 1993 (Ley 387 de 1997).

La Ley 387 de 1997, dispuso que para el diseño y ejecución de los planes de atención en salud para la población desplazada, las competencias se otorgarían al Ministerio de Salud y a las Direcciones de los entes territoriales (Servicios Seccionales de Salud y las Direcciones Distritales y Municipales de Salud), al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y a la Cruz Roja Colombiana.

Mediante el Decreto 173 de 1998, se estableció la responsabilidad del Ministerio de Salud en el seguimiento del PAB en los respectivos entes territoriales, así como el desarrollo de proyectos de rehabilitación psicosocial, con organizaciones de reconocida experiencia en el tratamiento de poblaciones vulnerables.

Posteriormente, el gobierno nacional dispuso que el Ministerio de Salud, en coordinación con la Red de Solidaridad Social (quien había asumido las funciones de la Consejería Presidencial para la Atención de la Población Desplazada) formularían las acciones a desarrollar a nivel de salud dentro del Plan de Atención Integral para la Población Desplazada por la Violencia. Este Plan debía contener: los procedimientos y responsables de la prestación de los servicios en salud, los mecanismos de financiación la distribución de los recursos para la atención en salud a la población desplazada, la difusión de los procedimientos y de los derechos de la población desplazada, así como los mecanismos para garantizar la inclusión de la población desplazada como grupo prioritario al régimen subsidiado (Documento Conpes 3057 de 1999).

El Decreto 2284 de 2003, estableció la obligatoriedad que tienen las administraciones municipales y distritales junto con el departamento y la Nación y las entidades del sector salud según sus competencias, de adoptar medidas sanitarias para la prevención, mitigación y control de los riesgos para la salud derivados de los desplazamientos masivos y dispersos. Reforzando los planteamientos del Documento Conpes 3057 y constituyéndose en un reto para el SGSSS, ya que hasta ese momento, la mayoría de acciones habían estado dirigidas hacia los desplazamientos masivos.

#### **5.1.3.2 *Proveedores de servicios de salud a la población desplazada***

En Colombia, la prestación de los servicios de salud a los afiliados al SGSSS, es efectuada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), ya sean de naturaleza pública

(ESE), privadas o comunitarias. En tanto que, los no afiliados al SGSSS, según las disposiciones de la Ley 100 de 1993, sólo podrán recibir los servicios de atención de salud en las IPS públicas o en aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para este fin.

En lo que compete a la provisión de los servicios en salud para las personas desplazadas que no estuviesen afiliadas al SGSSS, el gobierno dispuso que con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud derivadas del desplazamiento, se podría con cargo a los recursos del Fosyga, “*suscribir convenios con las entidades públicas del orden nacional, entidades territoriales o IPS públicas que garanticen la respuesta institucional en el área en donde se encuentra dicha población*” (Acuerdo 85 de 1997); aspectos que ratificaría posteriormente la Circular 021 de 2001.

En el año 2003, el gobierno dispuso que las entidades territoriales receptoras, deberían definir la red prestadora de servicios de salud que atendería a los desplazados que no estuviesen afiliados al SGSSS (es decir, los vinculados), garantizando el acceso a través de las instituciones públicas. Excepcionalmente, la prestación de servicios podrían llevarlo a cabo instituciones privadas, previamente autorizadas por la entidad territorial cuando a nivel público, no existiera oferta pública disponible (Artículo 4, Decreto 2131 de 2003).

De éstas disposiciones se exceptúa la atención inicial de urgencias, ya que según las disposiciones del Decreto 2131 de 2003, debe ser prestada a la población desplazada en forma obligatoria por las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud en el país, independientemente de su capacidad de pago.

#### **5.1.3.3 *El aseguramiento en salud de la población desplazada***

El aseguramiento en salud de la población desplazada, se describe a partir de tres elementos: la definición de sus beneficiarios, del análisis de las prestaciones a las que tiene derecho ésta población y las condiciones que han sido establecidas para su acceso, teniendo en cuenta los elementos del aseguramiento definidos por Jané y Vázquez (2002).

##### **Definición del beneficiario**

El gobierno colombiano definió al desplazado como aquella persona que ha migrado de manera forzada dentro del territorio nacional, abandonando su residencia y sus actividades económicas habituales; porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales

han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, por la presencia de conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones de los derechos humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otro tipo de circunstancias que conlleven a la alteración del orden público (Artículo 1, Ley 387 de 1997). En términos de ésta misma ley, son las personas a quienes se dirigen las acciones consignadas en el Plan de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia (Artículo 10, Ley 387 de 1997), entre ellas la atención en salud.

### **Prestaciones a las que tiene derecho la población desplazada.**

Las prestaciones a las que tiene derecho la población desplazada han ido modificándose a lo largo de los últimos años. Las primeras normativas promulgadas en el año de 1997, establecían que los desplazados debían recibir los servicios de salud que fueran necesarios para la atención oportuna de la enfermedad derivada de la exposición a riesgos inherentes al desplazamiento, teniendo en cuenta para ello, las disposiciones de la Ley 100 de 1993, en su artículo 167 y del Decreto 1283 de 1996 (Acuerdo 59 de 1997). Para ese mismo año se identificaron como necesidades en salud derivadas del desplazamiento: las deficiencias del medioambiente, las de nutrición y las de tipo psicosocial (Acuerdo 85 de 1997).

En el Documento Conpes 3057 de 1999, se especificó que se brindaría soporte nutricional, atención psicológica, atención y control de las enfermedades contagiosas, cuidado médico apropiado y educación en salud e higiene, para las personas desplazadas tanto en las fases de urgencia como de emergencia; así como la continuidad de la atención integral en salud durante la fase de transición.

El Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, estableció que la atención integral en salud, comprendería todas aquellas acciones necesarias para la solución de las necesidades en salud de éste colectivo, que incluían desde las contempladas en los programas de Promoción y Prevención, hasta la atención médica quirúrgica, la provisión de medicamentos y la rehabilitación (Decreto 173 de 1998). Todos éstos aspectos serían reiterados posteriormente con la Circular 021 de 2001.

En el año 2002, el Ministerio de Salud, dispuso que los planes de beneficios en las coberturas relacionadas con la declaratoria de evento catastrófico, se limitaría a eventos inherentes a la condición de desplazamiento (Circular 042 de 2002).

Para el año 2003, el gobierno nacional a través del Decreto 2131 estableció que la atención en salud que se proporcione a la población desplazada, seguirá los lineamientos de la Ley 100 de 1993, es decir, que se ofrecerán los Planes de Beneficios entre ellos el POS, de acuerdo con el régimen de aseguramiento en que se encuentre el individuo.

En cuanto a la prestación de servicios para la atención integral en salud a la población desplazada afiliada al SGSSS, se estableció que se haría “*conforme a las reglas, coberturas, limitaciones y exclusiones establecidas para el respectivo régimen al que pertenecen*” (Artículo 3, Decreto 2131 de 2003) y para la recepción de servicios no incluidos dentro del POS, se comportarán como población no asegurada “*la población afiliada al régimen subsidiado o al contributivo se comportará como población no asegurada para efectos de recibir aquellos servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen al que pertenezca*” (Parágrafo 2, Artículo 4, Decreto 2131 de 2003).

El Decreto 2131 de 2003, estableció a su vez, que los servicios en salud para la población desplazada por la violencia que no se encuentre asegurada se hará bajo los términos del artículo 167 de la Ley 100 de 1993, es decir que al ser considerado el desplazamiento como un evento catastrófico, quienes lo padecen tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico - quirúrgicos, que ameriten su condición.

En cuanto a las exclusiones para la Atención Integral en Salud, el gobierno nacional, en el año 2003, enunció que “*en ningún caso, la atención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación incluirá intervenciones de carácter cosmético, estético y/o suntuario, tales como: cirugía estética con fines de embellecimiento; tratamientos nutricionales con fines estéticos; tratamientos para la infertilidad; tratamientos no reconocidos por las asociaciones médica científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental; tratamientos o curas de reposo o del sueño; tratamiento para várices con fines estéticos; prótesis, ortodoncia y tratamiento periodontal en la atención odontológica*” (Artículo 3º, Decreto 2131 de 2003)

### **Condiciones para el acceso a la atención en salud**

El Acuerdo 59 de 1997, enunció que los desplazados al ser víctimas directas de un evento catastrófico, se les proporcionaría atención en salud, de acuerdo con las condiciones establecidas por la Ley 100 de 1993 y el Decreto 1283 de 1996, en los cuales se exige como

requisito para la prestación de los servicios de salud, el que la persona acredite su condición de víctima, ante las instancias gubernamentales definidas para ello.

Posteriormente, la Ley 387 de 1997 y el Acuerdo 185 de 2000, expresaron que para la atención en salud a la población desplazada, era necesario contar con la acreditación de que el beneficiario de éstas políticas se encuentra inscrito en el Sistema Único de Registro de la Red de Solidaridad Social; aspectos que serían ratificados por la Circular 042 de 2002 y el Decreto 2131 de 2003.

No obstante, el Decreto 2131 de 2003 y las modificaciones que de éste se han hecho con el Decreto 2284 de 2003, establecieron que en el caso de las personas desplazadas que están afiliadas al SGSSS, el requisito de inscripción ante el SUR, solo será necesario cuando se requieran servicios a través de una red de prestadores de servicios diferentes a los que tiene contratado su respectiva entidad de aseguramiento.

De éstas disposiciones se exceptúa la atención por urgencias, ya que el gobierno nacional, ha establecido que la población en condición de desplazamiento, tiene derecho a recibirla en cualquier institución del país, sin que medie condicionamiento alguno para su prestación (Circular 21 de 2001). Estos aspectos fueron ratificados por el Decreto 2131 de 2003, al ordenar que todas las IPS, tanto públicas como privadas que prestan servicios de salud en el país, deben proporcionar la atención inicial de urgencias a la población desplazada, independientemente de la capacidad de pago que éstos tengan y aun cuando no se haya efectuado su inscripción en el SUR como lo estipula el Decreto 2569 de 2000.

#### ***5.1.3.4 Financiación de los servicios de salud a la población desplazada no asegurada***

Para la población desplazada que se encuentra afiliada al SGSSS, se cuentan con los recursos de financiación procedentes del régimen contributivo o subsidiado y que son administrados por sus respectivas entidades de aseguramiento. Por ello, sólo se describen las fuentes de financiación, así como la asignación de recursos para la atención en salud de la población desplazada que no tiene afiliación al SGSSS.

#### **Fuentes de financiación**

En 1997, se dispuso que la financiación de la atención en salud para la población desplazada que no se encontraba afiliada al SGSSS, se haría con los recursos de la Subcuenta del Fosyga

de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), según las disposiciones de la Ley 100 de 1993 y el Decreto 1283 de 1996 (Acuerdo 59 de 1997).

El Decreto 1283 de 1996, enunció que para la atención en salud a las víctimas de eventos catastróficos y terroristas, se contaría con un monto máximo de cubrimiento de 800 salarios mínimos diarios vigentes. No obstante, para los casos en que se llegara a superar dicha asignación, el gobierno dispuso que la entidad administradora del FOSYGA debería contratar un seguro para garantizar una cobertura superior a la establecida o constituir una reserva especial para cubrir dichas eventualidades.

Con la promulgación del Decreto 173 de 1998, se definió que para el cumplimiento de las acciones del Plan de Atención Integral para la Población Desplazada, se contaría con los recursos de las entidades que pertenecen al SNAIPD (entre ellos el Ministerio de la Protección Social), de los recursos procedentes del Fondo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, así como, con los recursos pertenecientes a las entidades territoriales (que corresponderían a los del Sistema General de Participaciones).

La Ley 812 de 2003, que aprobó el Plan de Desarrollo (2003-2006), ratifica los planteamientos del Decreto 173 de 1998, al enunciar que uno de los propósitos del gobierno nacional será el fortalecimiento del Fondo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada y que para la prestación de servicios en salud para los no asegurados se destinarán recursos procedentes de la subcuenta ECAT del Fosyga y del Sistema General de Participaciones para Salud (éste último como estrategia de cofinanciación por parte de las entidades territoriales), hasta tanto se logre su afiliación al régimen subsidiado.

En lo que respecta a la cofinanciación de los servicios de salud prestados por la entidad territorial receptora, el gobierno reitera que serán financiados con los recursos del Sistema General de Participaciones (los cuales según la Ley 715 de 2001, están constituidos por los recursos que la Nación transfiere por mandato de la Constitución Política a las entidades territoriales). Es decir, que, la prestación de los servicios de salud para la población desplazada por la violencia, sin capacidad de pago, será uno de los aspectos a tener en cuenta en la distribución que se efectúe anualmente de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, destinados a la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (Artículo 6, del Decreto 2131 de 2003).

## **Asignación de los recursos**

Durante el periodo de análisis, varias normativas han establecido las prioridades para la asignación de los recursos de financiación, tanto a nivel del Fosyga como del Sistema General de Participaciones.

En 1997, el CNSSS, definió como prioridad para la asignación de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga (procedente del impuesto social a las armas), la financiación de la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por la violencia a la población afiliada al régimen subsidiado, en los eventos no cubiertos por el POS-S y a la población que se encuentra en condición de vinculada al Sistema. Como criterios para la asignación de los recursos de ésta cuenta, se definieron como prioritarias las zonas de conflicto armado y las regiones del país con mayor frecuencia de lesiones intencionales que causen discapacidad, morbilidad y mortalidad (Acuerdo 64 de 1997).

Posteriormente, el Acuerdo 148 de 1999, definiría como criterios para priorizar la asignación de los recursos de la Subcuenta de Promoción del FOSYGA (provenientes del impuesto social de municiones y explosivos), en primer lugar, los proyectos que estuviesen dirigidos a prevenir la violencia y en segundo lugar, los proyectos que buscaran promover la convivencia pacífica en áreas de interés articular para el país, como son los municipios expulsores y receptores de población desplazada. Este mismo decreto, enuncia que una de las líneas de acción que deben ser favorecidas es el desarrollo de actividades de atención y apoyo psicosocial a la población desplazada (Artículo 4, Acuerdo 148 de 1999).

Para el año 2001, el Documento Conpes 3115, recomendó al gobierno nacional la aprobación de recursos del presupuesto nacional, para la identificación de los programas y proyectos sociales dirigidos a la población vulnerable, destinándolos a programas para atender a la población desplazada, tal como lo proponía el Documento Conpes 3057 de 1999.

El Acuerdo 243 de 2003, dispuso que la destinación de los recursos de la subcuenta ECAT del FOSYGA, para la atención en salud de la población desplazada por la violencia, tuviera en cuenta el porcentaje de población desplazada existente en los diferentes departamentos y distritos del país, de acuerdo con los datos del SUR de la Red de Solidaridad Social. Para ello, en los convenios que suscriba el Ministerio de Salud, se deberá especificar la red de atención y los servicios que se pagarán con cargo a los recursos de la subcuenta ECAT en los términos

que define el artículo 167 de la Ley 100 de 1.993 y el Acuerdo 59 de 1997. El valor de cada convenio, se determinará asignando un valor per cápita a cada persona desplazada que exista en la entidad territorial y de la apropiación de recursos anuales que se encuentren disponibles (Artículo 9, Acuerdo 243 de 2003).

El Decreto 2131 de 2003, estableció los criterios para la asignación de los recursos provenientes tanto de la subcuenta ECAT del Fosyga como del Sistema General de Participaciones, de la siguiente manera: los recursos de la subcuenta ECAT del Fosyga, financiarán los servicios en salud que se ofrezcan a la población desplazada conforme a la disponibilidad de recursos que tengan para cada año lectivo y de acuerdo con las especificaciones de los convenios suscritos entre el Fosyga y las respectivas entidades territoriales. De allí que en cada uno de ellos se deben estipular *“los criterios, servicios y coberturas, así como el tipo de información y la periodicidad con la cual la entidad territorial debe presentar los reportes de ejecución al Ministerio de la Protección Social. En ningún caso estos recursos podrán sustituir los que deben destinarse a las entidades territoriales para la atención en salud de la población desplazada por la violencia”* (Artículo 6º, Decreto 2131 de 2003). En éste sentido, se estableció que los recursos de la subcuenta ECAT, para financiar la atención en salud de la población desplazada que no se encuentra afiliada al SGSSS, tienen destinación específica y no podrán hacer unidad de caja con los demás recursos de la entidad territorial (Artículo 6º, Parágrafo 1, Decreto 2131 de 2003).

En cuanto a la asignación de los recursos procedentes del Sistema General de Participaciones, el gobierno nacional ordenó que el Consejo Nacional de Política Económica y Social (entidad que también hace parte del SNAIPD), ajustara las bases poblacionales suministradas por el DANE para cada entidad territorial, con la información sobre la población desplazada por la violencia que tuviera en sus áreas de influencia, con el fin de establecer los montos presupuestales que serían destinados a cada entidad territorial (Artículo 6, del Decreto 2131 de 2003), para el cubrimiento de sus acciones, entre ellas las correspondientes a salud.

### **5.1.3.5 Procedimientos para la prestación de servicios en salud a la población desplazada**

Las políticas de atención en salud para la población desplazada, han diseñado una serie de procedimientos que deben ser adelantados por las entidades de aseguramiento (EPS y ARS) y

por las IPS para proporcionar la atención a los usuarios y otros que a su vez, deben adelantar los usuarios de las políticas, para acceder a los servicios de salud.

### **Procedimientos que deben cumplir las entidades de aseguramiento**

A partir del Decreto 2131 de 2003, el gobierno clarificó los procedimientos que debían cumplir las entidades de aseguramiento para garantizar la prestación de servicios de salud a la población desplazada.

Para la atención a la población que no se encuentra afiliada al SGSSS, la responsabilidad se delegó a las entidades territoriales receptoras, para que a través de los convenios que suscriba con las IPS, para la ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones, defina la red de prestadores de servicios de salud que atenderá a ésta población (Artículo 4, Decreto 2131 de 2003).

En cuanto a la atención en salud para la población desplazada afiliada al SGSSS, el gobierno estableció que ésta le competirá a la respectiva entidad de aseguramiento a la cual se encuentra afiliada el usuario (si está dentro del régimen contributivo lo llevará a cabo su EPS o la entidad aseguradora del régimen de excepción en el que se encuentre y si está dentro del régimen subsidiado su respectiva ARS). Cada entidad de aseguramiento, debe comprometerse a la adopción de los mecanismos, convenios y procedimientos que sean necesarios para garantizar la prestación de los servicios en salud a sus afiliados.

Para el caso de la persona desplazada que pertenezca al régimen subsidiado, ésta tendrá derecho a conservar su afiliación en dicho régimen, hasta el vencimiento del contrato vigente. Según las disposiciones del CNSSS, la ARS debe garantizar la prestación de los servicios de salud en el municipio al cual se traslada este afiliado. La Entidad Territorial deberá mantener la continuidad hasta la terminación de la anualidad del contrato de aseguramiento. Terminado este período la garantía del aseguramiento corresponderá a la entidad territorial donde se encuentre radicada la persona desplazada (Artículo 63, Acuerdo 244 de 2003).

### **Procedimientos que deben llevar a cabo las IPS**

El Decreto 173 de 1998, estableció que para proporcionar la atención integral en salud a la población desplazada, las IPS deberían verificar que el usuario que asistiera a sus servicios certificara su condición de víctima del desplazamiento.

A partir de la promulgación de la Circular 021 de 2001, el Ministerio de Salud y la Red de Solidaridad Social, ordenaron a las IPS, que para efectos de la atención en salud a la población desplazada, deberían solicitar a las unidades territoriales de la Red de Solidaridad Social la verificación de su inscripción ante el SUR. Las IPS deberían llevar un registro en el que se especificaría la población desplazada por la violencia atendida y el funcionario de la Red de Solidaridad Social que confirmó su inclusión dentro del SUR.

El decreto 2131 de 2003, reiteró que las IPS que hacen parte de la red de prestadores de servicios para la población desplazada, en el momento de proporcionar la atención en salud deben verificar el cumplimiento de que la persona desplazada se encuentre inscrita en el SUR de la Red de Solidaridad Social.

Para el caso de la atención de la población desplazada asegurada cuando en el territorio no exista contrato de prestación de servicios de salud, la IPS deberá obtener autorización de la respectiva EPS, ARS o entidad administradora del régimen excepcional, para proporcionar atención al usuario, salvo que se trate de atención inicial de urgencias (Artículo 4, Decreto 2131 de 2003).

### **Procedimientos para la atención que debe cumplir la persona desplazada**

La persona que ha sido víctima del desplazamiento, debe solicitar el reconocimiento de su condición de desplazado. Para ello debe cumplir las disposiciones del artículo 32 de la Ley 387 de 1997, que establece la obligatoriedad de declarar el lugar y los hechos que vivió ante la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, las personerías municipales o distritales o cualquier despacho judicial.

Esta declaración debe anexar un recuento de su profesión, de la actividad económica que desarrollaba en su lugar de procedencia, una relación de sus bienes de pertenencia, así como de las razones que tuvo para elegir el nuevo lugar de asentamiento y podrá ser presentada hasta un año después de ocurrido el desplazamiento (Artículo 8, Decreto 2569 de 2000).

La persona desplazada debe solicitar posteriormente, que se remita a la Dirección General para los Derechos Humanos del Ministerio del Interior o a la oficina que ésta designe a nivel departamental, distrital o municipal copia de la declaración de los hechos, con el fin de que puedan dar curso al estudio de su solicitud y posterior certificación de su condición (Artículo 2, Decreto 2569 de 2000). Para la valoración de su declaración, el gobierno establece un lapso

de quince días: “a partir del día siguiente a la fecha del recibo en la sede de la entidad en la que se haya delegado la inscripción, esta entidad dispondrá de un término máximo de 15 días hábiles, para valorar la información de que disponga junto con la declaración, a efecto de realizar la inscripción o no en el registro de quien alega la condición de desplazado” (Artículo 9, Decreto 2569 de 2000).

Una vez se ha comprobado la condición de desplazamiento el usuario quedará incluido dentro del SUR y será responsabilidad de la Red de Solidaridad Social, remitir a las respectivas IPS las bases de datos con la información actualizada de las personas que son consideradas como beneficiarios de la política.

El gobierno nacional dispuso que las personas que están afiliadas al SGSSS (en el régimen contributivo, subsidiado o a un régimen de excepción), en el momento en que requieran atención, deberán informar a la IPS, el nombre de la entidad aseguradora a la que se encuentra afiliada, adjuntando su respectiva documentación (Circular 042 de 2002), ratificando tales disposiciones, el Decreto 2131 de 2003.

#### ***5.1.3.6 La facturación de servicios de salud prestados a la población desplazada***

El Acuerdo 185 de 2000, estableció que la reclamación por los servicios de salud prestados a los desplazados, lo harían las IPS de manera directa al Fosyga. El pago de los respectivos servicios, se hacía siguiendo las disposiciones del Decreto 1283 de 1996, previa acreditación de que el beneficiario de los servicios, cumplía con los requisitos de la Ley 387 de 1997, de estar incluido dentro del SUR de la Red de Solidaridad Social.

Según el Decreto 1283 de 1996, para la reclamación de los pagos al Fosyga, la IPS, debía anexar los recibos de cada uno de los servicios prestados al usuario.

En el año 2001, se estableció que para llevar a cabo los cobros por la atención ofrecida a los desplazados ante el Fosyga, las IPS presentarían al Ministerio de Salud, como Administrador de los recursos del Fosyga, la reclamación de las respectivas cuentas de cobro, anexando la siguiente documentación: formularios del Fosyga, especificando la naturaleza del evento catastrófico en éste caso, el desplazamiento forzado, certificado de atención médica; el Registro individual de prestación de servicios (RIPS) y la Certificación de la Red de Solidaridad Social mediante la cual se acreditaba que la persona atendida se encontraba inscrita en el SUR (Circular 021 de 2001).

Posteriormente, en los años 2002 y 2003, el Ministerio de Protección Social, modificó los mecanismos para la facturación de los servicios en salud prestados a la población desplazada, de acuerdo con el tipo de aseguramiento que acreditara el usuario del servicio, de la siguiente manera:

### **Facturación de la atención a la población afiliada al SGSSS**

La Circular 042 de 2002, estableció dos aspectos a tener en cuenta para la facturación de los servicios de salud prestados a la población afiliada al SGSSS. El primero de ellos, enunciaba que si los servicios estaban incluidos dentro del respectivo plan de beneficios se facturarían a la entidad aseguradora del usuario. Se estableció que las EPS, ARS, las entidades territoriales o las entidades responsables de los regímenes de excepción deberían cancelar las cuentas a las IPS, dentro de los términos establecidos por la ley (Circular 042 de 2002).

En segundo lugar, para el pago de los eventos que siendo inherentes a la condición de desplazamiento excedieran el respectivo Plan de Beneficios del régimen en el que se encontraba afiliado el usuario y que hubieran sido prestados dentro de los tres primeros meses o hasta los seis meses en caso de prórroga de su condición de desplazado (a partir de su fecha de inscripción en el SUR), serían facturados con cargo a la subcuenta ECAT (Numeral 2, Circular 042 de 2002).

En el año 2003, se reitera que los pagos por la atención que se proporcione a la población afiliada al SGSSS, incluida la atención de urgencias, deben ser asumidos por la EPS, ARS o aquella que haga parte de los regímenes de excepción, a la cual se encuentre afiliada la persona desplazada. “Dichas entidades reconocerán al prestador, dentro de los quince (15) días siguientes a la presentación de la factura, el valor de los servicios según las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya” (Artículo 5, Decreto 2131 de 2003).

### **Facturación de la atención a la población no afiliada al SGSSS**

Para la atención de las personas desplazadas, que no se encuentran afiliadas al SGSSS o a un régimen de excepción, el gobierno nacional había dispuesto a través de la Circular 042 de 2002, que “*la Institución Prestadora de Servicios de Salud debería facturar los servicios que se le presten a tarifas SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito), a la entidad territorial de la cual migró*”.

La disposición de la Circular 042 de 2002, de cobrar a la entidad territorial de la cual migró el usuario en condición de desplazamiento, fue derogada por el Decreto 2131 de 2003, que establece que el cobro que efectúe la IPS se hará a la entidad territorial receptora, con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones y/o a los recursos propios de libre destinación que tenga la entidad. Para ello, cada entidad territorial definirá quienes serán su red prestadora de servicios, estableciendo los convenios respectivos para ello. De otra parte, el Decreto 2284 de 2003, estableció que los pagos de la atención inicial de urgencias que hayan sido prestados a la población desplazada que no se encuentre afiliada al SGSSS, serán asumidos de igual manera por la entidad territorial receptora.

En cuanto al costo de los servicios prestados a la población desplazada no asegurada que estén por fuera de los límites establecidos por las normas vigentes y sin el cumplimiento de los requisitos exigidos, el Decreto 2131 de 2003, establece que éstos serán asumidos por la IPS, ya sea pública o privada, con cargo a sus recursos propios, o por los usuarios de los mismos.

## ***5.2 Visión de los gestores sobre el acceso de la población desplazada a las ESE***

La visión de los gestores sobre el acceso de la población desplazada a las ESE se describe a partir de los contenidos e implementación de la política, desde los factores institucionales y de los desplazados que pueden restringir o facilitar el acceso a sus centros de atención y finalmente, se enuncian las estrategias que fueron sugeridas para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud.

### **5.2.1 Opinión de los gestores sobre la política de atención en salud para la población desplazada**

En opinión de los gestores, la concordancia que tienen los principios y objetivos de la política de atención en salud para la población desplazada acordes con los lineamientos de la Ley 100 de 1993, el interés por favorecer la afiliación de la población desplazada al SGSSS y la recuperación de la función de control por parte de las entidades territoriales, surgen como los principales factores que favorecen el acceso de la población desplazada a las ESE. No obstante, la falta de claridad en los alcances de la políticas, las dificultades para la

financiación de nuevos usuarios al régimen subsidiado, las limitaciones para la atención integral en salud y las dificultades para la facturación de los servicios, se constituyen desde su punto de vista, en los principales factores que desde los contenidos de las políticas restringen el acceso a los servicios de salud.

#### **5.2.1.1 Desarrollo de una política acorde con los principios orientadores del SGSSS**

En opinión de una gran parte de los entrevistados, las políticas diseñadas por el gobierno colombiano para la atención en salud a la población desplazada, tienen como una de sus principales fortalezas, la aplicación de los principios constitucionales y los lineamientos de la Ley 100 de 1993, buscando con ello garantizar el derecho a la salud que tiene éste colectivo (“*la política no está divorciada, ni puede verse separada del SGSSS*”) (G6); *la política en materia de atención en salud está enmarcada dentro de varias disposiciones de carácter superior, como es el marco constitucional y la Ley 100 de 1993*”) (G4); (“*la política sigue siendo de base la misma del SGSSS y es que la persona con desplazamiento por la violencia tiene derecho a la prestación a los servicios de salud*”)(G10)

Muchos de los entrevistados reconocieron que la política ha buscado mejorar el acceso a los servicios de salud, promoviendo una mayor equidad y calidad en relación con la atención que se proporciona a la población desplazada (“*la política busca garantizar el acceso a los servicios y calidad en la prestación de los servicios*”)(G10); (“*la política está enmarcada dentro de los principios de universalidad, de acceso equitativo a los servicios, de igualdad de trato, de cobertura general*”)(G6); (“*básicamente lo que se busca en el tema de salud, es un mejor acceso a los servicios de salud*”)(G7).

#### **5.2.1.2 Reconocimiento de la vulnerabilidad de las personas desplazadas**

Uno de los elementos que fue destacado por gran parte de los entrevistados, es el reconocimiento de la vulnerabilidad social que tienen las personas desplazadas, principalmente, los niños y las mujeres gestantes; lo que ha conllevado a que se formulen medidas de discriminación positiva en relación con su atención (“*en la política hay una concepción muy fuerte de lo que es la vulnerabilidad de la población desplazada*”)(G7); (“*la política busca dar una respuesta inmediata al problema del desplazamiento desde las fases de prevención y la fase de ayuda humanitaria y la fase de restablecimiento y reubicación, dándole prioridad en atención a las poblaciones de mayor vulnerabilidad como son las*

*mujeres en edad de embarazo o embarazadas, las madres lactantes, los niños, las niñas, las personas mayores, las personas con discapacidad” (G6).*

#### **5.2.1.3 Promoción de la afiliación de la población desplazada al SGSSS**

En opinión de los gestores, las políticas de atención en salud para la población desplazada, han buscado promover la afiliación de éste colectivo al SGSSS, ya que por una parte los reconoce como un grupo prioritario dentro de los procesos de afiliación dadas sus condiciones de vulnerabilidad social (*“la población desplazada es un grupo prioritario de afiliación al régimen subsidiado”*) (G7); (*“el Acuerdo 244, da prioridad en la afiliación al régimen subsidiado a los desplazados, los coloca en el lugar sexto, porque igual existen grupos prioritarios como los niños abandonados, los recién nacidos, las madres, etc.”*) (G6); y por otra, han introducido cambios, que han logrado la disminución de muchos de los trámites existentes para la afiliación. En relación con éste segundo aspecto, la eliminación de la encuesta previa del Sisbén, ha sido una de las medidas que desde su punto de vista ha favorecido su afiliación al SGSSS, colocándolos en ventaja frente a otros ciudadanos en similares condiciones de vulnerabilidad que si deben cumplir con dicho requisito (*“el hecho de que a los desplazados nos les vayan a aplicar la encuesta de identificación de beneficiarios de subsidios, para afiliarlos, o sea, que no se les aplique el Sisbén sino que se asimilen... eso ya es una política que le da un favorecimiento a esa población con respecto a otras personas”*) (G8); (*“con el 244, a los desplazados ya no se les aplica el Sisbén, lo que garantiza su afiliación inmediata al régimen subsidiado”*) (G6).

#### **5.2.1.4 Recuperación de la función de control de las entidades territoriales**

La reivindicación del papel que deben cumplir las entidades territoriales en el seguimiento y control de los servicios ofertados por las IPS a la población desplazada, es en opinión de algunos gestores, uno de los logros que han tenido las actuales políticas, ya que desde su punto de vista, éste era uno de los factores que se había perdido cuando se permitió el establecimiento de una relación directa entre las IPS y el Fosyga (*“la política está recuperando algo que había perdido el Estado, que era la acción de vigilancia y control de parte de las autoridades departamentales, distritales y municipales de salud... antes no lo estaban haciendo por esa relación directa entre el prestador del servicio y el pagador que era el encargado fiduciario del Fosyga”*) (G6); (*“hoy en día las direcciones territoriales tienen mayor ingerencia en el seguimiento de las políticas en salud”*) (G3).

### **5.2.1.5 Falta de claridad en los alcances de las políticas**

La falta de claridad en la definición de los beneficios y los alcances de las políticas de atención en salud para la población desplazada, genera en opinión de una gran parte de los gestores: vacíos que no favorecen su implementación, contradicciones en algunos de sus planteamientos así como limitaciones para la prestación efectiva de los servicios de salud (“*se debe tomar como un concepto muy claro de que es lo que se pretende con la población desplazada, por que eso no lo sabe ni siquiera el nivel central*”) (G2), (“*hay unos vacíos normativos que es necesarios llenarlos*”) (G6), (“*las normas no son muy claras, en cuanto a los beneficios que se pueden proporcionar y a veces unas normas contradicen los contenidos de otras*”) (G5); (“*si no hay lineamientos claros en las políticas, es imposible hacer una prestación efectiva*”) (G10).

En opinión de los entrevistados, la falta de claridad en los lineamientos de las políticas, ha favorecido que su implementación a nivel operativo, diste en algunas oportunidades de sus planteamientos teóricos, haciendo que muchas de ellas no se estén cumplimiento a cabalidad (“*faltan lineamientos claros que bajen la política a nivel operativo y den un control desde el ente nacional directivo*”) (G10); (“*una cosa es el marco normativo general, otra cosa es la política que se está dando y otra cosa es la realidad a través del servicio. Estamos en ese desajuste y no es fácil superarlo*”) (G6).

### **5.2.1.6 Dificultades de los entes territoriales para garantizar la afiliación de la población desplazada al SGSSS**

Para una parte de los gestores, el proceso de afiliación de la población desplazada al SGSSS, ha tenido como principal dificultad, la restricción económica que tienen las entidades territoriales para aumentar los cupos al régimen subsidiado de la población que se ha asentado en su área de influencia. Esta situación se complejiza, ya que desde su punto de vista, existe un amplio porcentaje de población no desplazada en similares condiciones de vulnerabilidad social, que de igual manera requieren éste tipo de cobertura y a quienes los entes territoriales no han logrado su afiliación (“*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. Pero el argumento siempre es “no he tenido con que ampliar cobertura para la gente residente hace tanto tiempo, no podría hacerlo para gente que llegó*

*hace menos tiempo” (G7), (“no tenemos absolutamente nada mas, la medida que se tomó de afiliar a muchos al régimen subsidiado pero no mas y los que quedaron por fuera qué?, con que recursos se van a afiliar?”) (G3).*

#### **5.2.1.7 Limitaciones para la atención integral de la población desplazada**

La mayoría de los gestores que fueron entrevistados durante el tiempo de vigencia de la Circular 042 de 2002, manifestaron que ésta disposición limitaba la atención integral en salud para la población desplazada, ya que desde su punto de vista estaba en contraposición con los principios orientadores del SGSSS, que preconizan la integralidad y la universalidad de los servicios (“*las limitaciones las puso la Resolución 042, porque es que parcela la atención integral... te parcelaron el ser humano, entonces yo te pudo atender si tienes esto. Esta disposición de la ley es bastante irrespetuosa desde el punto de vista del ser humano, desde el punto de vista de la ley, de la oportunidad, de la integralidad, de la igualdad, de esos principios del Sistema General de Seguridad. Va en contra de todo*” (G3); (“*nosotros generamos muchas políticas al respecto de cómo atenderlos, pero a partir de noviembre, la ley restringió la atención a esa población*” (G8).

En opinión de muchos de los entrevistados<sup>3</sup>, una de las principales dificultades que tuvieron las ESE, fue determinar que tipo de condiciones de salud eran consecuencia directa del desplazamiento. Situación que restringió la atención ambulatoria para la población desplazada, dados los inconvenientes para acreditar ante los organismos de control, las acciones que no estuvieran relacionadas con éstas disposiciones (“*confirmar que la patología, lo que presenta ese paciente es inherente al desplazamiento es muy difícil para la institución y eso nos ha llevado a restringir la atención*” (G2); (“*dadas las circunstancias de la situación de demostrar de que la enfermedad es producto o no del desplazamiento, pues fundamentalmente los servicios que se están dando son los servicios de urgencias*” (G4).

Un grupo de gestores entrevistados tras la formulación del Decreto 2131 de julio de 2003, hizo referencia a las situaciones de inequidad en la prestación de los servicios de salud, que tienen los desplazados en calidad de vinculados al SGSSS, con respecto a quienes lograron su afiliación al régimen subsidiado, destacando como los más significativos: la obligatoriedad de

---

<sup>3</sup> Muchos de éstos gestores fueron entrevistados durante el tiempo de vigencia de la Circular 042 de 2002.

efectuar un copago, la restricción para ser atendidos en las IPS públicas y la exclusión del tratamiento del reposo y de los problemas del sueño.

En relación con los copagos, los gestores manifestaron que el usuario vinculado debe efectuar un pago por los servicios asistenciales así como por los exámenes diagnósticos que les sean llevados a cabo, situación que diferencian de los usuarios que se encuentran en el régimen subsidiado (“*el régimen subsidiado en el POS tiene unos medicamentos que se los dan sin copago, lo que no tienen los vinculados. El vinculado si tiene un copago tanto para consulta externa, como por urgencias y por hospitalización*”) (G2); (“*el problema de la población que está vinculada es que tiene que efectuar un copago para poder ser atendido, de acuerdo con el porcentaje que le corresponda*”) (G6).

La segunda desventaja que fue visualizada por los gestores, para el usuario en condición de vinculado, es la restricción para recibir los servicios asistenciales en las IPS públicas, lo que les lleva a enfrentarse con los problemas estructurales que tienen las instituciones de salud en el país (“*desde que la persona entra a ser atendida mediante los mismos mecanismos que se atiende a la población vulnerable de este país queda expuesta al déficit estructural de las instituciones públicas. Porque la norma es clara en establecer que solo la oferta o la red de servicios se montará con las instituciones públicas. Quedando sujetos a todas las dificultades en el suministro de medicamentos, en la realización de ayudas diagnósticas, etc.*” ) (G7).

Finalmente, la exclusión del tratamiento del reposo y de los problemas de sueño, en opinión de uno de los entrevistados, fue un error que tuvo en su formulación el Decreto 2131 de 2003, ya que considera que éste tipo de tratamientos se constituyen en una de las principales necesidades de atención que tiene la población desplazada (“*parece que fue como un gazapo. Porque realmente en la evaluación no estaba contemplado. Desafortunadamente como la norma pasa por tantas manos... toca reconsiderar esa parte. En cierta manera fue uno de los factores de abuso, pero desde el punto de vista de salud, no se puede excluir a esta población de ese manejo, toca corregirlo*” ) (G6).

#### **5.2.1.8 Dificultades para el cobro de los servicios**

Las dificultades relacionadas con la recuperación de las cuentas por cobrar, es uno de los aspectos que con mayor frecuencia destacan los informantes, tanto a nivel de directores de las ESE como de los coordinadores de programas de atención para la población desplazada (“*el*

*cobro de los servicios que prestamos a los desplazados es una de las circunstancias más graves, que tenemos en las instituciones” (G3).*

La mayor parte lo relacionaron con la aplicación de la Circular 042 de 2002, ya que en opinión de los gestores, sus instituciones tuvieron dificultades con los pagadores de los servicios para el reconocimiento de la atención proporcionada a la población desplazada, ya que éstos supeditaban el pago de manera exclusiva a eventos derivados del desplazamiento (“*demostrarle a un pagador que la atención que se proporcionó a un usuario de nuestros servicios, corresponde a un evento derivado del desplazamiento, es muy complicado, tenemos muchas cuentas que nos han sido devueltas” (G8); (“certificar que un evento es derivado del desplazamiento es muy complicado, porque yo le puedo decir como médico que su gastritis es por el estrés de su desplazamiento...pero un auditor médico me puede decir no, eso no es inherente al desplazamiento”)(G2).*

Otras de las dificultades para la recuperación de las cuentas de cobro de los servicios que en su momento fueron facturados a las entidades territoriales, fueron atribuidas a las dificultades económicas por las que atraviesan dichas entidades en el país, a los problemas para el establecimiento de la comunicación desde las ESE hacia las entidades territoriales y al incremento de los costos administrativos que ello representa para las ESE (“*es muy difícil hacer el recobro al municipio expulsor, porque son municipios que andan en condiciones presupuestales supremamente precarias” (G6), (“una consulta de \$12.000 pesos cobrársela al Meta me puede costar otros tantos miles de pesos” (G2); (“eso es un trámite que se hace por cumplir con el trámite. Se hace la intención de llamar a Apartadó, digámoslo así, un municipio de esos bien alejados, pero normalmente nunca se consigue comunicación con ellos. La dificultad es de comunicación; por lo tanto nos toca atenderlo, facturarlo y dejarlo ahí” (G4).*

Como consecuencia de la no recuperación de las cuentas por cobrar, algunos gestores enunciaron que al interior de las instituciones se tuvo que desarrollar una política de contención de servicios hacia la población desplazada. Esta situación fue atribuida a la obligatoriedad que como gestores tienen de mantener el equilibrio financiero de sus instituciones, evitando que las acciones desarrolladas sean consideradas por los organismos de control como un detrimento al patrimonio de las ESE (“*el hospital tiene alrededor de 300 millones de pesos en deuda y no es sostenible seguir prestado ese servicio, no por política*

*institucional, sino por cuidar financieramente a la institución” (G10); (“para los organismos de control, muchas de éstas situaciones las consideran como detrimento al patrimonio, por lo que no vamos a recuperar esa facturación. Entonces a uno le da mucho miedo atender a esa gente así sea con cargo a sus gastos, como responsabilidad social, porque uno sabe que en cualquier momento se le viene cualquier contraloría o procuraduría”) (G4); (“yo tengo el compromiso de prestar un servicio, pero también tengo un compromiso de velar por el patrimonio. O me van a investigar porque no atendí el paciente o por el detrimento al patrimonio”) (G3).*

No obstante, muchos de los gestores hicieron referencia que a pesar de las dificultades para la recuperación de las cuentas por cobrar, las IPS de carácter público nunca negaron la prestación de los servicios de urgencias, como ocurrió con algunas instituciones de carácter privado (“*han sido los hospitales públicos realmente los que nunca han parado la atención, mal que bien, cuando se reventó lo de Fisalud, las instituciones privadas, la gran mayoría, otras muy serias, porque hubo unas muy serias que se metieron en esto y mas bien salieron un poco como en desventaja. Pero la gran mayoría de las instituciones en el momento en que se empezó a regular los servicios de salud negaron completamente los servicios a la población desplazada, absolutamente negados. Las instituciones públicas claro, los negaron pero nunca negaron urgencias vitales, siguieron atendiendo por lo menos lo mas urgente, a pesar del represamiento de cuentas*” (G7).

### **5.2.2 Opinión de los gestores sobre los factores institucionales que inciden en el acceso de la población desplazada a las ESE**

Dentro de los factores que desde el punto de vista de los gestores, influyen en el acceso de la población desplazada a los servicios de salud, se enunciaron como los más significativos, la limitada divulgación que se ha efectuado de las políticas de atención en salud para la población desplazada, los problemas relacionados con la identificación de los usuarios y la coordinación interinstitucional para la prestación de los servicios en salud. Además existen otros factores relacionadas con la organización y disposición de los recursos que de una u otra manera influyen en el acceso a los servicios de salud, entre los que se destacan: los recursos existentes para la atención, los tiempos de espera y las condiciones de acceso geográfico a las ESE.

### **5.2.2.1   Estrategias de divulgación de las políticas de atención en salud para la población desplazada.**

Son diversos los entes que fueron identificados por los gestores como responsables de la divulgación de las políticas hacia las ESE, destacando el papel que han cumplido el Ministerio de la Protección Social y la Red de Solidaridad Social en el ámbito nacional y el de la Secretaría Distrital de Salud en nivel local (*“el Ministerio de Salud ha venido promoviendo la norma con la participación de directores de las ESE, trabajadores sociales de los hospitales y centros de salud y representantes de población desplazada... analizando la problemática, la dinámica de los servicios y adoptando correctivos”*) (G7); (*“la Secretaría Distrital de Salud, frente a las normas que salen nacionales, va dando los lineamientos de cómo las vamos a trabajar”*) (G1); (*“las Unidades de Atención y Orientación son una estrategia que la Red de Solidaridad Social ha venido promoviendo. En esas unidades, se coordina el tema de salud ante las instituciones que prestan la atención”*) (G8).

En relación con los mecanismos de divulgación que utilizan las ESE para dar a conocer las políticas a sus trabajadores, los gestores reconocieron como las mas comunes, las reuniones de servicios, las capacitaciones que se hacen a las personas que proporcionan atención directa a los usuarios, así como el uso de las carteleras y de los boletines informativos (*“en el comité científico se informa de todos los cambios que se dan a nivel de las normas. Hacia donde van encaminadas las políticas del Hospital y a través de ese comité entonces los coordinadores de cada una de las zonas tienen la información para trabajar con sus profesionales”*) (G1), (*“cuando hay algún cambio, se informa al área de facturación. Facturación envía a atención al usuario y de atención al usuario se capacita a todo el personal que está en cada una de las unidades”*) (G2); (*“nosotros tenemos una oficina de comunicación que baja la información importante a nivel de boletines, a nivel de periódicos y carteleras de todos los centros”*) (G3).

Con respecto a las estrategias de divulgación que utilizan las ESE para dar a conocer a la población desplazada las políticas de salud, se encontraron diversas respuestas, que comprendían desde el uso de la comunicación formal hasta la ausencia de divulgación de las políticas; siendo las estrategias mas utilizadas: las charlas con los Consejos de Participación Comunitaria, la Asociación de usuarios, o con los usuarios que asisten a los servicios y las circulares informativas (*“personalmente, eso es cara a cara, y llamar al otro lado y contactarlo, y vaya hable con fulanito y la notica aquí y la notica allá”*) (G3); (*“las*

*Asociaciones de usuarios y el Consejo de Participación Comunitaria, son las dos instancias participativas, donde la comunidad tiene conocimiento de los programas que tiene el Hospital y de las actividades que realiza” (G2); (“nosotros les informamos a través de las carteleras”) (G9).*

#### **5.2.2.2 Fallas en la divulgación de las políticas**

En el discurso de los entrevistados emergieron respuestas relacionadas con las fallas que se han evidenciado en la divulgación de las políticas, encontrándose como las más significativas: la demora en el suministro de la información a las ESE, así como la falta de soporte técnico y de seguimiento a los procesos adelantados por las instituciones (“*yo creo que ha habido una falencia muy grande del Distrito en darle formación de manera oportuna a las entidades de salud*”) (G8); (“*faltó mucho socializar las normas, faltaron anexos técnicos a esa normatividad y control y seguimiento a los procesos, no a nivel institucional necesariamente sino desde todos los niveles: a nivel macro, a nivel territorial*”) (G10).

Otros gestores, mencionaron que en algunas instituciones hace falta mayor divulgación de las políticas a nivel de los trabajadores de las instituciones, ya que evidencian desinformación en una parte de ellos (“*ha habido falta de información adecuada y oportuna de quienes tienen que ver con la atención directa, la información ha llegado a las direcciones de salud, pero todavía no ha bajado adecuadamente a los prestadores directos*”) (G6), (“*había como mucha desinformación con respecto a las nuevas políticas... por ejemplo, al eliminar las cartas de salud, muy pocos trabajadores de los hospitales tenían conocimiento de que debían atender a la población sin la carta*”) (G8).

De otra parte, algunos gestores reconocieron que al interior de la ESE no existen acciones específicas de divulgación de las políticas de atención en salud dirigidas a la población desplazada (“*pues al desplazado, pues la verdad, no les estamos dando ese tipo de información sobre los derechos que ellos tienen, en este momentito no estamos haciendo eso*”) (G4). En tanto que otros expresaron que sus instituciones evitan hacer una divulgación masiva de los servicios ofertados con el fin de evitar un incremento en la utilización de los servicios por parte de la población desplazada (“*nosotros no generamos una publicidad masiva de atención a desplazados sino que si llegan los atendemos, no los rechazamos y asumimos ese costo administrativo de ver cómo vamos a hacer el cobro de ese usuario, para no frenarlo en la atención. Pero tampoco estimulamos que haya una utilización masiva por*

*parte de desplazados") (G1); ("ustedes no escuchan ahoritica propaganda, se hace en otro tipo de escenarios, con el fin de que le llegue la información a quienes la necesitan y que la manejen de forma adecuada y que no se conviertan en estímulos inapropiados para venir a demandar servicios") (G6).*

#### **5.2.2.3 Problemas en la identificación de los beneficiarios de la política**

Algunos gestores consideran que los criterios para la selección de los beneficiarios de las políticas no son claros, en la medida en que han evidenciado casos de falsos desplazados que están gozando de los beneficios de las políticas y en otras oportunidades negativas para la inclusión ante el SUR a personas que han sido víctimas del desplazamiento (*"muchas gente quedó registrada y no es desplazada" (G8), ("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, que incluso son habitantes de nuestros barrios, se han hecho pasar por desplazados y han tenido más beneficios que ellos" (G10).*

Durante la vigencia de la Circular 042 de 2002, una parte de los gestores expresó que han tenido dificultades para la identificación de los beneficiarios de la política, debido a los problemas para el acceso a bases de datos actualizadas que permitan confrontar la condición de aseguramiento de los usuarios dentro del SGSSS (*"los desplazados no están en la base de datos, no los tenemos en el sistema, nos toca confiar en la carta, pues la carta debe venir pues con la firma y la persona que los acredita como desplazados" (G2); ("la dificultad está es en la información, en la medida que yo no tengo las bases de datos de todos los municipios, entonces el desplazado no me informa que tiene ARS sino que informa sobre su condición de desplazamiento" (G1).*

Uno de los entrevistados enunció que una de las dificultades que se han presentado es la falta de registros actualizados de las personas que se encuentran inscritas ante el SUR, lo que conllevó a que muchos de ellos, no pudieran ser incluidos dentro de las respectivas entidades de aseguramiento (*"parece ser que no actualizaron las bases de datos rápido, la Red como que no se los actualizo rápido a la Secretaría de Salud y muchas de esas personas que ya habían escogido en ese momento la ARS, nos están llegando en éste momento a decirnos: yo ya escogí mi ARS y no estoy encontrando mis carnets ... Muchas personas se quedaron sin carnetización y es porque no aparecen en la base de datos" (G8).*

#### 5.2.2.4 Coordinación interinstitucional

En relación con la coordinación institucional para la atención de la población desplazada, los gestores distinguieron dos situaciones: una relacionada con el trabajo intersectorial así como con otras instancias gubernamentales y la segunda, la coordinación que es necesario desarrollar entre las IPS.

Con respecto al primer caso, algunos gestores enunciaron el desarrollo de acciones complementarias entre las ESE y otras instituciones gubernamentales como el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), así como con algunas ONG's, con el fin de dar respuesta a las necesidades de atención de los usuarios, citando como ejemplo el programa de atención a las madres y los comedores comunitarios que tienen en sus localidades (*“nosotros trabajamos mucho con el DABS de nuestra localidad. Sobre todo lo que tiene que ver con la línea fuerte de nosotros que es el binomio mamá- hijo. Ellos me ayudan con la alimentación, con muchas de las cosas que son ocupacionales y yo complemento toda la parte de salud”*) (G3); (*“logramos hacer coordinación con el ICBF y con el DABS. Con ICBF se logró una cosa muy puntual y fue el apoyo para las consultas. También trabajamos de manera coordinada con algunas Organizaciones no Gubernamentales a quienes apoyábamos básicamente con formación en el seguimiento y la realización de los menú para los comedores comunales”*) (G10). Un segundo grupo de gestores manifestó que ante el incremento del desplazamiento forzado en el país, se ha visto comprometida la coordinación de esfuerzos entre las ESE y otras instituciones como la Red de Solidaridad Social, los entes territoriales, el ICBF y el sector educativo (*“el problema se desbordó...nosotros perdimos mucha alianza con educación, con el ICBF... con los mismos municipios”*) (G8); (*“hay que buscar mayor coordinación con la Red y con las administraciones territoriales, porque es una de las acciones que se ha perdido”*) (G6).

En relación con el segundo factor, los gestores valoraron el trabajo en red que existe entre las ESE adscritas a la Secretaría de Salud del Distrito, permitiendo la derivación de los usuarios hacia otros niveles de complejidad, agilizando los procesos de referencia y por ende la atención de los usuarios desplazados (*“tenemos una gran ventaja y es que en el Distrito los hospitales funcionamos en Red, es decir tenemos los hospitales de segundo y tercer nivel a quienes derivamos nuestros usuarios, eso nos permite agilizar la prestación del servicio”*)

(G3); (“la derivación a centros de mayor complejidad la hacemos con los hospitales de nuestra red, pero en caso de existir dificultades, desde el Centro Regulador nos ayudan a ubicarlos en otras instituciones, ya que lo que buscamos es garantizarle la atención al usuario”) (G8).

#### **5.2.2.5 El seguimiento de las ESE a la población desplazada.**

Hubo acuerdo en la mayoría de los gestores, en que una vez se ha efectuado la referencia de los usuarios a otras instituciones, el sistema de contrareferencia de las instituciones de mayor nivel de complejidad hacia las de primer nivel no está funcionando adecuadamente. Situación que no fue atribuida de manera exclusiva hacia la población desplazada sino como una falla que se presenta dentro del sistema de salud en general (“se puede perder el usuario. No, hay un sistema de contrareferencia, ni de esa ni de las demás poblaciones...no tenemos ni de los unos ni de los otros, una información adecuada de contrareferencia. El usuario llega y si no tiene otra necesidad en el servicio es probable que no vuelva ser visto, sino hasta que consulte por otra condición o enfermedad”) (G1); (“la contrareferencia es una cosa que no funciona en nuestro sistema de hospitales”) (G10), (“el usuario una vez sale de aquí con su remisión el va a la otra institución y solicita su cita. Nosotros ya no sabemos si fue atendido rápidamente o que efectividad tuvo su consulta”) (G5).

Unos gestores manifestaron que el seguimiento que han logrado hacer de los usuarios, principalmente cuando son remitidos a otras instituciones de salud, ha sido a través de la comunicación que se sostiene con los desplazados, en los casos en que regresan a los centros (“ellos a veces vienen y nos cuentan como les fue en la institución a donde se les remitió, es la única forma para que nos enteremos”) (G8); (“hay algunos usuarios que vuelven y nos buscan y nos dicen mire que en ese hospital no me quisieron atender o por el contrario allá me dijeron que tenía que hacerme éstos exámenes”) (G10). Sin embargo, en opinión de uno de los gestores, existe dificultades para saber con algunos de ellos, cuáles fueron los procedimientos que les fueron practicados debido a la poca información que ofrecen los desplazados (“muchas veces el paciente vuelve a consulta después de que ha sido atendido en el hospital de 2º y 3º nivel y el paciente no sabe informar que diagnóstico le dieron o los procedimientos que le hicieron”) (G9).

En opinión de la mayoría de los gestores, las ESE no están llevando a cabo un proceso sistematizado de seguimiento a los usuarios de sus servicios, entre ellos, la población

desplazada, ya que desde su punto de vista, ello implicaría mayores costos administrativos que las instituciones no están en condiciones de asumir (*“no hay políticas establecidas para la población desplazada de seguimiento de sus problemas de salud, nosotros no hemos implementado ninguno”*) (G4); (*“no existe como una forma fácil y práctica de hacer seguimiento. Desde la institución realmente no es fácil”*) (G10).

#### **5.2.2.6    *Condiciones de acceso geográfico***

El acceso geográfico a las ESE, fue visto por los gestores desde varias perspectivas. En primer lugar describieron los aspectos relacionados con la localización y las distancias que deben ser recorridas por los usuarios para llegar a las ESE y por otra, desde las condiciones del entorno que influyen en su acceso geográfico, como lo son la infraestructura vial, el sistema de transporte con el que cuentan los barrios y finalmente, los aspectos relacionados con la seguridad ciudadana.

Desde el punto de vista de la localización de los diferentes centros de atención, las respuestas fueron opuestas, dadas las características de cada centro dentro de su localidad. Para algunos gestores, sus centros se encuentran ubicados en sitios muy estratégicos (*“la ventaja es que nuestros centros están ubicados en sitios muy estratégicos”*) (G2); para otros, están ubicados en las zonas mas periféricas de su localidad, en donde las distancias que deben ser recorridas dificultan en gran medida su acceso (*“éste no es un sitio muy central y eso complica la llegada hasta acá”*) (G5), (*“algunos sectores quedan desprotegidos por la distancia en la que se encuentran”*) (G1).

Para algunos entrevistados, sus localidades han mejorado significativamente la infraestructura vial, contando en los horarios diurnos con suficientes rutas de transporte urbano que les permiten acceder a las ESE (*“para llegar al centro, el transporte público es bueno durante el día”*) (G2), (*“aquí hay transporte y no solamente alrededor de la localidad sino fuera de la localidad, uno puede desplazarse fácilmente, tenemos muy buenas vías de acceso”*) (G1). Sin embargo, son conscientes de las dificultades que se presentan en los horarios nocturnos, por la disminución que se presenta en las rutas de transporte público (*“hay algunos sectores que quedan desprotegidos por distancia o por acceso de transporte. No es fácil el desplazamiento de esas personas a media noche”*) (G1).

Finalmente, los niveles crecientes de violencia urbana que existen en las localidades, conllevan en opinión de la mayoría de los gestores a problemas de inseguridad principalmente en los horarios nocturnos, dificultando en gran medida el acceso geográfico a las ESE (“*en la noche hay dificultades con la seguridad, entonces esa es como una de las limitantes que tiene nuestra población, no solamente la desplazada sino toda la población*”) (G2); (“*por la peligrosidad de la zona, se dificulta un poco el desplazamiento de los pacientes, sobre todo de las maternas o cualquier tipo de enfermo, porque la gente le toca salir a pie y corren el riesgo de que los atraquen por el camino*”) (G5).

#### **5.2.2.7 Organización de las instituciones para responder a la demanda de servicios**

En el discurso de los gestores se encontraron diversos tipos de respuestas que estuvieron relacionadas con la organización de las instituciones, para dar cubrimiento a las demandas de atención de sus usuarios: en primer lugar los relacionados con sus recursos de infraestructura, en segundo lugar con el portafolio de servicios existentes y finalmente, con la disponibilidad de horarios para la atención.

En el primero de los casos, los gestores hicieron referencia a la organización en red que posee el Distrito, lo permite que la infraestructura de unos centros puedan apoyar las necesidades de otras instituciones, permitiendo dar cubrimiento a las necesidades de atención de sus usuarios, entre ellos la población desplazada (“*respecto a la infraestructura se tiene claro que hay capacidad. El Distrito ha tenido capacidad de respuesta. Se ha tenido en cuenta de no generar retenimiento a la prestación del servicio, se busca que haya la infraestructura adecuada. Es mas 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 de mayor complejidad que sean requeridos*” (G6).

En cuanto a la infraestructura de los centros en particular, algunos gestores, manifestaron que ésta resulta insuficiente para cubrir las demandas de atención que tienen sus usuarios, ya que en los últimos años al establecer nuevos convenios para la prestación de servicios a los beneficiarios de las ARS, su capacidad de atención se ha visto sobre pasada (“*la infraestructura si pues se nos quedó corta...pues aumentó la contratación con el régimen subsidiado y los vinculados han permanecido como estables. La infraestructura de aquí del CAMI, es insuficiente, no tanto en la parte de consulta externa como en la parte de urgencias*” (G2); (“*no tenemos más infraestructura para contratar mas profesionales. Si*

*hubiera más infraestructura en la parte de consulta externa, podríamos pensar en ampliar el número de horas en profesionales y dar mayor cubrimiento”*) (G5).

Desde el punto de vista del portafolio de servicios existente, la totalidad de los gestores vinculados con las ESE, expresaron que sus instituciones cumplen con el desarrollo de las acciones que tienen bajo su responsabilidad: en primer lugar con las del PAB, que dirigen a diversos grupos etáreos (“*como hospital de primer nivel nuestro eje es la promoción y la prevención*”) (G3); (*cualquier persona que solicite su consulta de promoción y prevención tiene acceso al servicio y los desplazados independientemente de su edad pueden aprovechar estos programas*) (G5); (“*el Plan de atención básica, que es uno de las acciones que desarrollamos, tiene cobertura para el 100% de la población*”) (G1). En segundo lugar, con la prestación de servicios asistenciales del POS, que estén en condiciones de ofertar como instituciones de primer nivel, tanto para los usuarios de las ARS como de las EPS, con las cuales han establecido convenios para la atención de sus beneficiarios (“*a la población que asiste a nuestras instituciones les ofrecemos los servicios que están contemplados dentro del POS, que rigen no solamente para una ARS sino para las EPS*”) (G9).

Finalmente, en relación con los tiempos de espera para la atención, muchos de los gestores consideraron que éstos se encontraban entre uno y cinco días, lo que ha contribuido a mejorar la atención proporcionada a sus usuarios (“*el hospital ha hecho un esfuerzo muy grande, y en la actualidad la oportunidad de atención<sup>4</sup> está en un día*”) (G2); (“*estamos intentando dar citas para 24 horas para que al otro día llegue el paciente a su consulta y podamos resolverles de manera oportuna su problemática*”) (G1); (“*en éste momento la oportunidad para la atención está a cinco días, lo que ha mejorado la prestación del servicio*”) (G5).

Entre las excepciones que hicieron los entrevistados, estuvo el otorgamiento de citas por parte del servicio de odontología, en donde los tiempos de espera se encuentra entre 10 y 15 días, dado que en algunas instituciones la demanda por éste tipo de servicios es muy elevada (“*las oportunidades un poco más distantes son los servicios que nosotros tenemos reforzados por convenios con universidades para la endodoncia, al no ser una oferta mía, de mi propio nivel, pues como la tengo restringida éste es un poquito mas demorada, entre 10 a 15 días*”)

---

<sup>4</sup> La oportunidad para la atención hace referencia a los tiempos de espera para la obtención de las consultas.

(G3); (“tenemos dificultades en odontología donde la oportunidad ya está como a 10 días, porque hay mucha solicitud de éste servicio”) (G2).

Con respecto a la atención en los servicios de urgencia, todos los gestores describieron la evaluación del Triage, por medio de la cual establecen la prioridad en la atención del usuario, y por tanto, el tiempo de espera para ser atendido ya sea por los servicios de urgencias o para ser derivado a consulta externa (“en urgencias se hace un Triage y se decide si es 1, 2, 3 o 4 y en esa medida tenemos un médico en urgencias que es el que hace la atención prioritaria de éstas consultas externas, o sea que los vemos el mismo día. Cuando no es una urgencia vital pero necesita que sea atendido se hace como consulta prioritaria. Todos los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias se les hace un Triage y de ahí se deriva para la consulta de urgencias o para consulta externa”) (G2).

En cuanto a dificultades relacionadas con los tiempos de espera, algunos gestores hicieron referencia a que las filas que deben efectuar los usuarios para la solicitud de las citas son demoradas dada la tradición que tienen de utilizar los servicios en ciertas franjas del día especialmente en las horas de la mañana (“el periodo para la asignación de las citas, depende del sitio. Nosotros empezamos a atender la caja a las 7 de la mañana, la caja podría atender la facturación durante las 8 horas. Sin embargo se nos congestionan en las primeras horas del día, porque están todas las personas que madrugan desde las 3 de la mañana, en algunos sitios. Después de las 10 ya no tengo cola, pero es que la gente después de esa hora ya no viene”) (G1).

Esta situación ha conllevado a que en algunas instituciones, en sus procesos de evaluación se haya detectado un alto nivel de insatisfacción de los usuarios, situación que desde su punto de vista se corrige una vez el usuario logra acceder a la atención (“En una encuesta que hizo el Centro Nacional de Consultoría no nos fue tan bien, la percepción fue mas bien negativa de la institución frente a la prestación del servicio y fue básicamente por las filas tan largas para la atención. Sin embargo, ésta inconformidad disminuye, una vez el paciente logra entrar y es atendido por su médico”) (G1).

### **5.2.3 Opinión de los gestores sobre las características de los desplazados que inciden en el acceso a las ESE.**

Desde el punto de vista de los gestores, los desplazados presentan una serie de características que inciden en el acceso a los servicios de salud, reconociéndose como los más importantes: sus características socioeconómicas, así como su capacidad de integración social. De igual manera, se describe la interacción que establecen los usuarios con los prestadores de servicios, en términos de las actitudes que con mayor frecuencia evidencian en la población desplazada, así como las necesidades de atención en salud que son percibidas en la población desplazada y que determinan en gran medida el uso que éstos dan a los servicios de salud.

#### **5.2.3.1 *Características socioeconómicas de los desplazados***

Los gestores describieron como las principales características socioeconómicas de la población desplazada, la precariedad en los ingresos que dificulta la satisfacción de sus necesidades básicas, el bajo nivel educativo y de información que impide dar un adecuado uso a los servicios de salud y la carencia de documentación, que limita de igual manera acceder a los beneficios previsto por la ley. De igual manera, se describe la manera como influyen las actitudes de los usuarios hacia los prestadores de servicios y la influencia de las redes sociales.

##### **Precariedad en los ingresos**

Hubo acuerdo en los gestores, en que los recursos económicos con los que cuenta la población desplazada al asentarse en la ciudad son muy bajos, como consecuencia de la pérdida de sus bienes de subsistencia y los problemas para la generación de ingresos, lo que desde su punto de vista, provoca dificultades para acceder a los servicios de salud (*“uno sabe que esa gente en su condición de desplazamiento, es una gente que tiene una precariedad absoluta que le impide acceder a un servicio... y ni siquiera se acercan a la institución. Entonces le queda a uno el interrogante, qué están haciendo para solucionar sus problemas de salud, no sabemos, pero la condición fundamental para acceder a los servicios de salud es económica”*) (G4). Como consecuencia de las dificultades para la generación de ingresos, la mayoría de los gestores encuentran que el nivel de vida de la población desplazada en la ciudad es muy precario, favoreciendo la presencia de un gran número de necesidades básicas insatisfechas, que les obliga a priorizar en el tipo de necesidad que pueden solucionar; entre

ellas, el cuidado de la salud (“el modo de vida de éstas personas es muy característico, porque están arrimados, o están viviendo en hacinamiento, no desayunan, almuerzan y comen como todas las personas, sino que a veces son dos comidas o una sola comida y sin posibilidades de acceder a un empleo... En esas condiciones la situación de salud pasa a ser un problema secundario”) (G2); (“el ingreso de los desplazados es muy bajo, luego en esas condiciones, tienen que optar por solucionar una de sus necesidades más apremiantes como es la alimentación. Las otras necesidades muchas veces pasan a un segundo plano”) (G4).

### **Bajo nivel educativo**

El bajo nivel educativo de la población desplazada, es en opinión de los gestores, uno de los principales factores que incide en el acceso a los servicios de salud, ya que les dificulta por una parte, identificar recursos y alternativas de solución para sus principales necesidades de atención en salud, así como la interacción con los prestadores de servicios y la adaptación a la ciudad (“hay muchos que escasamente leen y escriben, eso también es muy grave. Porque si yo la voy a mandar a otra institución de salud; “señora váyase a éste centro, la dirección es ésta”, por mas que le entregue la hojita, se lo subraye con rojo o yo le haga una cartica diciendo vaya apenas llegue allá pregunte por fulanita, que ella es la encargada de atenderla, va a tener problemas para llegar”) (G3); (“generalmente es gente con estudios de primaria incompleta y algunos analfabetas sin mayor preparación para defenderse en la ciudad”) (G9); (“acá nos llegan desplazados que a duras penas saben leer y escribir, muy deprivados ambientalmente y para ellos es más difícil adaptarse a la vida de la ciudad”) (G7).

### **Bajo nivel de Información**

Para la gran mayoría de los gestores, los desplazados poseen un bajo conocimiento del funcionamiento del SGSSS, lo que les dificulta entender la dinámica que existe para la prestación de los servicios de salud y dar un buen uso a los mismos (“el desplazado no está bien informado, no tiene clara la ruta de acceso a los servicios y eso pone en dificultades al usuario y a las instituciones”) (G6); (“la idea del primer, segundo, tercer nivel, es muy precaria. Muchos vienen de zonas donde no hay sino un hospital, entonces para que ellos entiendan que es lo que aquí tenemos y que los tengo que mandar a otro sitio para que le hagan lo que le hacen en el pueblo en el mismo sitio, es a veces complicado”) (G10).

Solo uno de los gestores, encuentra que algunos desplazados como producto de las asesorías que reciben en diversas instituciones, tienen un adecuado conocimiento del funcionamiento del SGSSS, lo que desde su perspectiva, les permite identificar fácilmente sus derechos como usuarios y los mecanismos para acceder a los servicios de salud (*“ellos saben mas que uno, ellos ya saben a que tienen derecho y a que no. Entonces cuando llegan acá, ellos saben que tienen que pelear por sus derechos”*) (G2).

### **Carencia de documentación**

La carencia de documentos de identificación en algunos de los desplazados, derivados en gran medida, de la forma súbita en que tuvieron que huir de sus lugares de origen y en otras oportunidades, de la falta de interés por obtenerlos, se constituye en otro de los problemas que desde el punto de vista de los gestores dificulta el reconocimiento de su condición de desplazado, la contrastación de la información para determinar el tipo de aseguramiento dentro del SGSSS y el posterior uso de los servicios de salud en ésta población (*“nos llegan usuarios sin identificación, algunos porque al huir perdieron sus documentos y otros porque nunca los habían sacado y eso retarda la prestación del servicio”*) (G3); (*“cuando éstas personas no tienen documentación... no tenemos claro que tipo de seguridad social los va a cubrir en ese momento”*) (G5); (*“en algunas oportunidades nos han llegado desplazados que no tienen ni su cédula de ciudadanía, ni su registro civil y hemos tenido que orientarlos para que inicien los trámites con la Registraduría y ese es un proceso que les dificulta acceder a cualquier tipo de servicio”*) (G4).

#### **5.2.3.2 Actitudes de los usuarios hacia los prestadores de los servicios**

Los entrevistados consideraron que a las ESE llegan dos tipos de usuarios en condición de desplazamiento: un primer grupo que puede ser caracterizado como conflictivo y generador de problemas y un segundo grupo de personas de carácter pasivo e introvertidos.

Algunos gestores consideran que las situaciones vividas como producto del desplazamiento, así como las dificultades a las que se enfrentan en la ciudad hacen que algunos usuarios desplazados, adopten actitudes defensivas y en ocasiones de agresividad hacia los prestadores de los servicios (*“el desplazado se puede tornar un poquito agresivo, tal vez por su misma situación, el llegar aquí y encontrarse en otro ambiente, con dificultades, chocan con la situación”*) (G5); (*“normalmente el desplazado es una persona a la que se le han negado los*

*servicios durante mucho tiempo, entonces muchos de ellos siempre están a la defensiva”*) (G6); (“*a los desplazados los poner a voltear por muchas entidades y ellos en su desesperación no saben que hacer y cuando llegan acá, ya llegan molestos*”) (G4).

Otros gestores encuentran que las actitudes de agresividad hacia los prestadores de servicios, las evidencian con mayor frecuencia en los usuarios que no lograron su afiliación al SGSSS. Situación que la atribuyen a la inconformidad que tiene la población desplazada, por los cambios en las políticas gubernamentales que exigen el pago de una cuota moderadora y que han disminuido las prestaciones a las que tenían derecho (“*de pronto la población que no logró quedar afiliada en éste momento se encuentra inconforme con los servicios que se le está ofreciendo por que se les cortaron por completo y se les está cobrando el 20% de la consulta porque se atienden como vinculados*”) (G7); (“*hemos encontrado un mayor inconformismo con las personas antiguas que tenían las cartas de salud y que ahora ya no les funcionan*”) (G8); (“*la rabia que les produce cuando yo les tengo que parcelar la prestación de un servicio. Y tienen toda la razón, porque a uno también le da mucha rabia. La insatisfacción que hay es muchísima*”) (G9); (“*la población pues está inconforme por los costos que tienen que asumir y porque ya no se les estaba cubriendo con los servicios de salud*”) (G10).

Uno de los gestores, manifestó que a pesar de que en su institución los resultados globales de evaluación de la calidad han sido satisfactorios, existen factores que generan insatisfacción de los usuarios que en general acuden a sus servicios, entre ellos, la población desplazada. Al respecto han encontrado, que las mayores dificultades de interacción con los prestadores de servicios, se ha dado con los cajeros, quienes son los que en primera instancia deben proporcionar la atención a los usuarios (“*la revisoría fiscal que es un ente externo a nosotros, informó que la satisfacción es como del 90%, estando la mayor dificultad en las cajas, donde con alguna lógica uno ve que es donde yo niego un servicio... y es la persona que de pronto enfrenta a su usuario en cosas negativas*”) (G1).

Con respecto a la segunda caracterización que se hace de las actitudes de los desplazados, algunos gestores identifican al desplazado como una persona pasiva, introvertida y en ocasiones dependiente de la asistencia gubernamental, lo que les limita la posibilidad de buscar alternativas para la solución de sus necesidades, entre ellas, las relacionadas con la salud (“*no te saben decir como nada, es decir están a lo que tu les ofrezcas, les enseñas...*

*muchas veces ni siquiera saben como exigir sus derechos”) (G3); (“el desplazado por su condición, ha cambiado su percepción de la vida, ya no es la persona que lucha, que trabaja, que quiere salir adelante sino que cambia su manera de pensar y empieza a vivir de lo que le den”) (G2).*

Según una parte de los entrevistados, muchos de los desplazados no han declarado su condición, y prefieren mantenerse en el anonimato, dado que muchos de ellos han tenido amenazas hacia sus vidas o la de sus familias, en tanto que otros tienen temor o sienten vergüenza de ser reconocidos como desplazados y no quieren ser estigmatizados por su condición, situaciones todas que influyen para que no puedan acceder a los servicios de salud como lo tiene previsto la ley (“*hay un elemento adicional y es la no de no querer decir que soy un desplazado, identificarme en condición de desplazamiento por condiciones de seguridad*”) (G1); (“*conocí a un señor que no había querido declarar ante la Procuraduría, porque se avergonzaba de su situación*”) (G9); (“*muchas personas por miedo, por temor de pronto a ser descubiertos, no se acercan a un ministerio público a declarar su condición y muchas de esas personas se nos están quedando sin atención... yo creo que un cuarenta por ciento de los desplazados que llegan a Bogotá no declara su condición*”) (G8).

#### **5.2.3.3 Redes de apoyo social**

Una gran parte de los gestores describió las dificultades que tienen las comunidades receptoras para apoyar a la población desplazada, ya que habitan en localidades en donde la mayoría de sus residentes tienen básicamente las mismas condiciones socioeconómicas y similares necesidades por resolver (“*desafortunadamente la mayoría de los desplazados se ubican en zonas muy marginales de la ciudad, en donde la situación económica y social de los otros habitantes es básicamente la misma de ellos, y en esas condiciones es muy difícil que se puedan prestar ayuda*”) (G5).

La poca aceptación de las comunidades receptoras, que se traduce en dificultades para la integración social, es otra de las situaciones que en opinión de los gestores, conlleva al aislamiento del desplazado (“*normalmente cuando hay un desplazamiento, ese desplazado se ve como un invasor que llega a ocupar los predios y a ocupar los espacios y a hacer uso de los servicios y a demandar unas respuestas de los municipios, muchos de los cuales, esa administración municipal no ha estado en condición de proveérselas a sus ciudadanos comunes y corrientes, a los que llamamos los pobres históricos, cuando eso sucede entonces*

*viene el rechazo” (G6); (“la población nos dice mire que nos están empezando a rechazar, nos están empezando de pronto a mirar mal o a insultarnos, a decirnos que somos desplazados, o sea la misma población los está empezando a marginar”) (G8).*

Desde el punto de vista del apoyo social que reciben los desplazados de organizaciones gubernamentales o no gubernamentales, los gestores describieron algunas acciones que desde las alcaldías locales, se han venido desarrollando a favor de la población desplazada, así como el apoyo que algunas ONG's han proporcionado en el área de la salud, a través de consultas médicas, soporte nutricional y entrega de medicamentos para la población desplazada (“*la alcaldía local viene trabajando en las zonas con mayor dificultad y se van canalizando recursos y proyectos no solamente para este grupo de desplazados sino para toda la localidad*”) (G2); (“*algunas Organizaciones no Gubernamentales, han estado muy comprometidas en el manejo del desplazamiento, generalmente apoyan con mercados, consultas y medicamentos a los desplazados*”) (G10).

#### **5.2.3.4 Necesidades de atención en salud de la población desplazada.**

Los gestores describieron que la pobreza unida a los problemas de saneamiento básico hace que la población desplazada sea susceptible a la adquisición de enfermedades de tipo infeccioso que afecta a todos los grupos etáreos, pero de manera primordial a la población infantil (“*tenemos un problema de saneamiento básico que está muy relacionado con el problema de las enfermedades infecciosas en ésta población*”) (G6); (“*el tema de saneamiento básico es clave, definitivamente las condiciones del agua, las condiciones del hábitat de las comunidades, las condiciones de servicios públicos en general son determinantes. Estos son grupos poblacionales que en su gran mayoría llegan a asentarse en sitios de alto riesgo físico, con condiciones de saneamiento básico muy precarias y que difícilmente uno podría esperar un mejoramiento de las condiciones de salud*”) (G7); (“*los niños vienen con todos los parásitos del mundo*”) (G3); (“*se ve mucho parasitismo intestinal*”) (G10).

De igual manera, la desnutrición derivada de la baja ingesta alimenticia, fue otro de los problemas evidenciados por los gestores en toda la población desplazada y que desde su punto de vista favorecen la adquisición de diversas enfermedades, el parto prematuro en la mujer y problemas de desarrollo psicomotriz en los niños (“*se ve mucha desnutrición y a raíz de esta desnutrición entonces se presentan los problemas bronquiales, y embarazaditas que*

*han venido, se ve la amenaza de parto prematuro” (G5); (“se ven unos problemas de desnutrición brutales”) (G3), (“los niños son los que mas problemas de desnutrición padecen”) (G6); (“acá llegan desplazaditos con muy baja talla y con problemas psicomotores como consecuencia de la desnutrición”) (G1).*

En los adolescentes el problema más referenciado por los gestores fue la tasa creciente de embarazos tempranos asociado de igual manera al bajo desconocimiento de la salud sexual y reproductiva por parte de la mujer, principalmente la joven (*“en las adolescentes muchos embarazos. Porque llegaban unas niñas cabeza de familia adolescentes con 2 o 3 niños y embarazadas”*) (G10); en tanto que, en la población adulta, se describió la presencia de enfermedades crónicas, entre ellas la hipertensión arterial (*“tenemos muchas enfermedades crónicas sin control, muchos viejitos hipertensos”*) (G 3).

#### **5.2.3.5 Uso que dan los desplazados a los servicios de salud**

En opinión de los gestores, la mayoría de la población desplazada, no utiliza los servicios de salud de tipo preventivo, ya que desde su punto de vista, sólo asisten a las ESE, cuando consideran que hay presencia de enfermedad y con un propósito netamente curativo (*“acá las personas vienen cuando se sienten enfermas, antes no. No existe la cultura de la prevención, pero eso es en todos los niveles, no sólo en los desplazados”*)(G8); (*“la población en situación de desplazamiento...sólo acuden a los centros de salud cuando sienten el dolor o la dolencia física”*) (G10); (*“son personas que en general no habían tenido contacto con los servicios de salud así que sólo asisten cuando se sienten enfermos”*) (G6).

Muchos gestores hizo referencia a situaciones particulares que se presentaron durante los años 2000 a 2002, evidenciando que tanto IPS como usuarios, promovieron una mayor demanda de los servicios de salud, llevando a un uso excesivo de los mismos (*“hicieron un mal uso de los servicios, un abuso en el acceso a los servicios, incluso negándole el servicio a gente que si lo necesitaba, el que hacía esto era un vivo, normalmente era el líder de los desplazados que incluso pedía comisión por llevar a mas desplazados a determinadas IPS”*) (G8); (*“había desplazados que estaban inscritos en dos o tres IPS distintas y en todas recibían servicios”*) (G10); (*“el desplazado se volvió como compulsivo en el uso de los servicios de salud, quería que lo atendieran en todas partes”*) (G4).

No obstante, los gestores que fueron entrevistados a partir de la formulación del Decreto 2131 de julio de 2003, consideraron que los usuarios desplazados que lograron su afiliación al SGSSS, están haciendo un uso más racional de los servicios, dada las especificaciones que en cuanto a cobertura de servicios ha definido el gobierno (*“en éste momento ya hay claridad de cuáles servicios se les puede ofrecer a la población, las ARS autorizan que tipos de servicios se cubren y en ese sentido el uso que la gente da a los servicios es mucho mas adecuado”*) (G8); (*“una vez que la gente logra acceder a los servicios, la mayoría los quieren aprovechar, no todos, pero la mayoría si quieren aprovechar ese cuarto de hora y trata de utilizarlos lo mejor posible”*) (G3).

#### **5.2.4 Sugerencias de los gestores para el mejoramiento del acceso de la población desplazada a los servicios de salud**

Algunos gestores hicieron referencia a la necesidad de mejorar los sistemas de información y seguimiento de la población desplazada en todo el país, de tal manera que pueda tener un conocimiento del tipo de aseguramiento con el que cuenta la población (*“hay que establecer un sistema único de información, un sistema que le permita en cualquier parte del país saber a que régimen estoy afiliado, permitiendo un mayor un seguimiento”*) (G1).

El dar continuidad a los procesos de afiliación de la población desplazada al régimen subsidiado, surgió como otra de las alternativas que en opinión de los gestores, permitiría un mejor acceso a los servicios de salud (*“me parece que hay que hacer un esfuerzo mayor por afiliar mas gente al régimen subsidiado, es una de las estrategias para mejorarles el acceso a los servicios”*) (G7).

Otras de las sugerencias estuvieron dirigidas a la necesidad de hacer una mayor divulgación de las políticas existentes a todos los niveles, que tal manera que exista una mayor apropiación y conocimiento de las mismas (*“a nivel de información hay que trabajar sobre las normas pero hay que bajarla, hasta que todo el mundo las entienda”*) (G2), así como al fortalecimiento de los programas de educación en salud con el fin de concienciar a los desplazados sobre la protección y conservación de su salud (*“hay que darles educación en salud, enseñarles a detectar factores protectores para su salud, factores de riesgo para la salud”*) (G6).

## **5.3 Visión del personal administrativo sobre el acceso de la población desplazada a las ESE**

Se describe la percepción del personal administrativo sobre los aspectos positivos y negativos que ha generado la implementación de la política de atención en salud para la población desplazada, así como su punto de vista en relación con los factores institucionales y las características de los usuarios en condición de desplazamiento que inciden sobre el acceso a los servicios de salud. Finalmente se registran las estrategias que éste colectivo formuló para el mejoramiento del acceso de ésta población a los servicios de salud.

### **5.3.1 Opinión del personal administrativo sobre la política de atención en salud para la población desplazada**

Para el personal administrativo, la existencia de una política de atención en salud para la población desplazada, ha incidido en la prestación de los servicios de salud, dados los impactos que ha producido su implementación. Como aspectos favorables destacan el mejoramiento de los procesos de afiliación al SGSSS, así como la identificación de los pagadores de los servicios, a partir del decreto 2131 de 2003. No obstante como aspectos desfavorables fueron descritos los problemas que existieron para el cobro de los servicios, la falta de continuidad en las políticas y finalmente, la restricción de la atención integral en salud para la población desplazada.

#### **5.3.1.1 Promoción de la afiliación de la población desplazada al SGSSS**

Para la mayor parte del personal administrativo, uno de los logros mas significativos de la política, ha sido el mejoramiento de la cobertura de la población desplazada dentro del SGSSS, que evidencian en el incremento de cupos para su afiliación al régimen subsidiado, la eliminación de trámites como la aplicación de la encuesta del Sisbén y la disminución de los tiempos de espera para su afiliación. Las anteriores situaciones, en opinión del personal administrativo, demuestran una política de favorecimiento hacia éste colectivo en relación con otros grupos poblacionales (“*las personas desplazadas no tienen necesidad de que se les aplique el Sisbén. Directamente se les va a dar su ARS, privilegio que no tiene todo el mundo*”)(PA 1); (“*para la afiliación a una ARS, no necesitan reportar visita ni nada, ese proceso a un paciente normal puede durar hasta un año, año y medio incluso mucho más,*

*pero para un paciente desplazado es mucho más rápido” (PA 6); (el trámite de ubicarlos en una ARS se les está haciendo muy rápido, antes se demoraba un año”) (PA 17).*

Otra de las ventajas que los entrevistados encontraron dentro de los procesos de afiliación de la población desplazada al régimen subsidiado, es que al ser considerados como un grupo altamente vulnerable, están exentos del cobro de una cuota de recuperación, favoreciéndoles su acceso a los servicios de salud (“*los pacientes desplazados que están dentro del régimen subsidiado, no se les aplicará cuota de recuperación porque ellos van a quedar con nivel 0 y esa es una medida para mejorarles la posibilidad de acceder a la salud*”) (PA 8).

Finalmente, algunos miembros del personal administrativo consideran que el esfuerzo de afiliación de la población desplazada a las ARS ha sido significativo, al evidenciar que una parte de los usuarios que tradicionalmente asistían a sus servicios, ya se encuentran asignados dentro de una ARS (“*ha sido todo un logro pues la mayoría de desplazados que atendíamos con carta de desplazados, la gran mayoría, ya tiene una ARS*”) (PA 16), (“*en este momento los desplazados que nos llegan con las cartas son muy pocos, casi todos tienen su ARS*”) (PA 19).

### **5.3.1.2 Cobro de los servicios a los entes de aseguramiento**

En opinión de una gran parte de los entrevistados, las políticas que en su momento obligaron a las ESE a efectuar los cobros de los servicios prestados a los entes territoriales de origen y proporcionar atención a eventos que fueran derivados del desplazamiento, provocaron que sus instituciones tuvieran dificultades para el cobro de los servicios, debido a la falta de claridad en dichos procedimientos y a los problemas para la acreditación de los servicios prestados a la población desplazada (“*los de facturación tuvimos muchos inconvenientes con la acreditación de las cuentas de cobro para los eventos inherentes al desplazamiento*”) (PA 19); (“*Fosyga nos empezó a detener las cuentas, porque teníamos que soportar muy bien las cuentas y para nosotros era muy difícil tener que coincidir los diagnósticos para que fueran inherentes al desplazamiento*”) (PA 18); (“*no tenemos directrices bien claras de como podemos lograr el cobro efectivo de esos servicios a los entes territoriales*”) (PA3).

Algunos de los entrevistados refirieron que los cambios de las políticas que condujeron a la afiliación de la población desplazada a las ARS, facilitó la identificación de un responsable del pago de los servicios, en la medida en que las instituciones aseguradoras se han

comprometido con el pago de los servicios ofrecidos a los usuarios que se encuentran capitados en las respectivas ESE (“*es muy bueno porque se sabe que hay una entidad, una empresa fija a la que se le va a poder cobrar, con eso creo que no seguiremos teniendo problemas para la atención*”) (PA 8); (“*el decreto 2131, lo que permite es haya una fuente segura de recursos, en ese sentido las instituciones no tendremos tanto temor para la prestación de los servicios*”) (PA 9); (“*al tener capitada la atención con las ARS, se nos disminuyen muchos de los problemas que veníamos teniendo con la población desplazada*”) (PA 13).

#### **5.3.1.3 *Falta de continuidad en las políticas***

Una parte de los entrevistados consideró que los cambios permanentes que se han dado en la orientación de las políticas, ha conducido a que las instituciones no tengan suficiente claridad frente al manejo de la población desplazada, limitando la continuidad en muchos de sus procesos (“*uno a veces ya no sabe ni cual es la política, primero que se les atienda, después que no, que se les haga encuesta, que si vienen con la carta, que la carta ya no sirve, la política para atender a los desplazados está cambiando con mucha frecuencia y muchas veces no es lo suficientemente clara*”) (PA7); (“*el problema que yo le veo es que se han hecho cambios muy drásticos y en muy poco tiempo... no existe continuidad en los procesos que se han implantado*”) (PA13).

#### **5.3.1.4 *Restricciones para la atención integral en salud***

Muchos de los entrevistados expresaron que debido a las disposiciones de la Circular 042 de 2002, sus instituciones se vieron en la necesidad de limitar la prestación de servicios de salud a la población desplazada, lo que conllevó a una restricción en la atención integral proporcionada a los usuarios de acuerdo con su tipo de aseguramiento.

En opinión del personal administrativo, para los usuarios que lograron su acreditación como desplazados y que por tanto se encontraban inscritos en el SUR de la Red de Solidaridad Social, las ESE solo estaban proporcionando atención a nivel ambulatorio para los eventos que fueran inherentes al desplazamiento así como la atención de urgencias vitales (“*estamos restringiendo la atención, pues todo tiene que ser algo primordial y provocado por el desplazamiento...se exceptúa al paciente de salud mental porque llega con mucho trauma y entonces hay que darle un tratamiento psicológico y las maternas*”)(PA 12); (“*la carta de la*

*Red, dice que autoriza todos los servicios de salud que necesite el paciente, siempre y cuando sea inherente al desplazamiento” (PA6); (“la orden que tenemos es que con la carta de la Red de Solidaridad se les atienda únicamente en los eventos que se causan por ese desplazamiento, de lo contrario como vinculados”) (PA 10).*

La mayoría de los entrevistados manifestó que hubo restricción en la prestación de los servicios de salud, para aquellos usuarios que a pesar de haber efectuado la declaración de los hechos que motivaron el desplazamiento, el reconocimiento de su condición ante el SUR se encontraba en proceso, ya que sólo tenían autorizado la prestación de los servicios de urgencias. En el caso de que el usuario requiriese atención a nivel ambulatorio, ésta podía proporcionarse en calidad de vinculados (“el que viene con la carta de la personería, se le prestan los servicios de urgencias, porque la carta dice: atender únicamente urgencias como vinculado”) (PA 1); (“cuando vienen con la carta de la personería, se recibe como paciente vinculado, pero cuando viene con la carta de la Red, si se atiende como paciente desplazado”) (PA2); (“si es urgencia se atiende sin ningún problema porque la misma carta de declaración dice que ésta persona puede ser atendida en caso de urgencia como vinculado”) (PA 14).

Los entrevistados hicieron referencia, a que las disposiciones de la Secretaría Distrital de Salud, consideraban que la atención de éstos usuarios a nivel ambulatorio, estaba supeditado a su tiempo de asentamiento en la ciudad. Si éste era superior a tres meses podían ser atendidos en calidad de vinculados transitorios, debiendo efectuar un copago de acuerdo con la edad o el tipo de institución que les proporcionara el servicio (“las instituciones para atenderlo le ponen como condición hacer un copago del 20%, pero éste porcentaje se les sube al 30% en los hospitales de tercer nivel”) (PA 11); (“nosotros les hacemos una identificación provisional, que se llamaba anteriormente estudio socio económico, que se le aplicaría a una persona que en caso de que no se certificó que sea desplazado, pero que llegó de otro lado del país y que ya lleva los 3 meses podemos aplicarle este estudio, porque con éste estudio paga un porcentaje, un copago”) (PA 15); en tanto que si el tiempo de residencia en Bogotá era inferior a tres meses, debían pagar el 100% del valor de los servicios como un usuario particular (“los atendemos pero el paciente debe asumir el pago particular hasta que no certifiquemos si realmente esa persona es desplazada o no es desplazada”) (PA 17); (“toda persona que aparezca en nuestro comprobador de derechos con un nivel 4, 5, o 6 o que están recién llegados a Bogotá que no sabemos todavía si es realmente desplazada o no, que no

*cumple con el tiempo requerido para poderlo atender aquí, paga el 100 % del servicio") (PA 15).*

Finalmente, de las respuestas de los entrevistados, emergieron algunas ventajas en la prestación de servicios de salud a los usuarios del régimen subsidiado en relación con las personas que se encuentran en condición de vinculados y que fueron descritos como una mayor facilidad para la atención de las enfermedades de alto costo, así como la posibilidad de contar con una red de prestadores de servicios más amplia, en comparación con los usuarios vinculados que sólo pueden acceder a la oferta pública (*"la atención para los desplazados en el subsidiado va a ser mejor que el vinculado... si se descubre que la persona tiene un cáncer o una enfermedad de alto costo, pues se le hace el seguimiento y comprobando que ellos son desplazados... no va ser difícil su acceso a los servicios"*) (PA15); (*"al sisbenizado se le puede atender, se le puede remitir y cuando hay remisiones a hospitales particulares es más fácil la remisión, mientras el que es vinculado no, solamente se atienden dentro de los hospitales del distrito, ellos no pueden ir a un hospital particular si no van con previa autorización de la Secretaría"*) (PA18); (*"si tienen una ARS tendrían el POS subsidiado, en tanto que la población vinculada es según el tipo de contratación que tenga la IPS y la Secretaría Distrital de Salud"*) (PA6).

### **5.3.2 Opinión del personal administrativo sobre los factores que desde las instituciones inciden en el acceso de la población desplazada a las ESE**

En relación con los factores institucionales que inciden en el acceso de la población desplazada a los servicios de salud, fueron diversas las opiniones emitidas por el personal administrativo, destacando como factores críticos: la disponibilidad de recursos existentes, el exceso de trámites para la identificación de los usuarios así como para la prestación de los servicios, la demora en los tiempos de espera y la dificultad para el seguimiento de los usuarios. No obstante, como factores positivos se destacó la existencia de un portafolio de servicios que permita cumplir el POS, así como las estrategias utilizadas por las ESE para la divulgación de las políticas en salud. Finalmente, el acceso geográfico, aunque es una condición que incide en el acceso a los servicios de salud, es percibida como una situación que está determinada por factores externas.

### 5.3.2.1 Disponibilidad de recursos para la atención

En relación con la disponibilidad de recursos que poseen la ESE para dar cubrimiento a las demandas de atención de la población que acude a sus servicios, en las respuestas del personal administrativo se evidenciaron dos tipos de apreciación: mientras algunos entrevistados, consideraron que las ESE han mejorado la infraestructura de sus centros tanto desde el punto de vista de las áreas para la atención como en la adquisición de recursos tecnológicos, la gran mayoría hizo referencia a los déficits que evidencian tanto en infraestructura como en el número de profesionales disponibles para la atención de los usuarios.

La mayor parte del personal administrativo destacó que ante el incremento en las demandas de atención que están teniendo las ESE, las áreas físicas destinadas para los consultorios, así como la dotación de recursos para su funcionamiento, resultan insuficientes para el cubrimiento de las necesidades de atención de sus usuarios (*“nos hace falta un poco más de recursos físicos por ejemplo si tuviéramos otro consultorio podríamos dar mas citas”*) (PA 11); (*“aquí en la UPA siempre hay harta movida, faltarían otros consultorios y un poco mas de recursos, por ejemplo aparatos porque todos son compartidos”*) (PA 14); (*“tenemos 4 ambulancias, de las cuales dos están ya como por sacar la mano y realmente las que están ya son obsoletas”*) (PA13).

Para el caso de los Cami, los entrevistados destacaron como una de las dificultades para la atención de los usuarios, el bajo número de camas existentes, lo que ha provocado la derivación de usuarios hacia otros centros en donde las condiciones de infraestructura permitan su atención (*“faltan mas camitas porque a veces está lleno y llega algún paciente y a veces toca mejor dicho acomodar una silla por ahí y atenderlo en una silla”*) (PA 1), (*“muchas veces nos vemos abocados, en un noche cualquiera a que no hayan camas. Llegan unas 3 o 4 urgencias y nos toca decirle que pena pero vaya a tal centro”*) (PA 4).

Otros entrevistados describieron la congestión que se ha presentado en algunos servicios como consecuencia del bajo número de médicos disponibles para la atención, principalmente en las áreas de urgencias (*“ahora hay mucho usuario y poco personal asistencial en éste caso del área médica”*) (PA 18); (*“en urgencias se nos está represando el servicio pero es por falta como de médicos”*) (PA15).

### 5.3.2.2 Trámites para la atención

Una gran parte de los entrevistados, describió las dificultades que a nivel institucional se han presentado para la comprobación de los derechos de los usuarios, enunciando como una de las más significativas, el no contar con una base de datos actualizada que permitiera contrastar la información de los desplazados con su situación de aseguramiento dentro del SGSSS. En opinión del personal administrativo, ésta situación obligó a restringir la prestación de los servicios a una parte de la población, dado que los facturadores no podían autorizar la prestación de servicios de salud a aquellas personas que no se encontraran incluidas dentro de las respectivas bases de datos (“*ésta base de datos no la actualizan permanentemente, entonces para uno es difícil saber cuántas personas han ingresado en los últimos meses?*”) (PA 10); (“*nosotros 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 y es una serie de compliques mayores*”) (PA 8); (“*en éste momento solamente estamos atendiendo los que están con Fondo Financiero Distrital y ARS. Si yo llego a atender a alguien y desafortunadamente no está en la base de datos, me toca es a mi pagar lo que a ellos les han hecho*”) (PA 3).

Las fallas en la comunicación telefónica con las entidades de aseguramiento, principalmente con aquellas que no cuentan con sede en Bogotá, fue otra de las situaciones, que en opinión del personal administrativo, dificultó la atención de los pacientes principalmente durante los fines de semana; dada la obligación que tenían de solicitar autorización para la prestación de los servicios y de contrastar la información suministrada por los usuarios (“*la comunicación con otras instituciones, muchas veces es difícil y si es sábado o domingo quedamos incomunicados, no tenemos acceso a nadie ni a nada y eso a veces obstaculiza la verificación de la información del desplazado*”) (PA 13); (“*si la empresa tiene IPS aquí en Bogotá, se pide la autorización, pero cuando la ARS no está establecida como entidad aquí en Bogotá, es muy complicado*”) (PA 8).

El exceso de trámites para desvincular a un desplazado de su entidad de aseguramiento en su lugar de origen, por finalización de su periodo de cobertura o por el traslado de su afiliación al ente receptor, se constituyó en otra de las barreras enunciadas por el personal administrativo, ya que por disposiciones gubernamentales un usuario no puede estar cubierto por dos entes territoriales (“*verificamos en la base de datos y miramos si en algún momento*

*han tenido ARS o régimen contributivo, ellos tenían que demostrar que realmente estuvieran desvinculados y tuvieran carta de retiro” (PA8); (“si el usuario estuvo sisbenizado en su municipio, debe solicitar que se le desvincule, porque no es lógico que tenga dos Sisbén a nivel nacional, sin embargo ese es un proceso que a veces lo demoran mucho las instituciones”) (PA 5); (“la que si es demorada es el Seguro Social, porque ellos van a solicitar sus cartas de desvinculación y duran 20 días para que reclamen sus cartas, van a los 20 días y no todavía no ha salido”) (PA 3).*

Una parte del personal administrativo evidenció dificultades para la atención de los usuarios que llevaron a cabo su afiliación a las ARS, debido a la demora en la entrega de los carnets que los identifican como beneficiarios, lo que ha implicado que las instituciones les ofrezcan los servicios en calidad de vinculados al SGSSS (“ahí fue cuando empezamos a ver de que si no tenía el carnet de la ARS y era desplazado entonces no se podía atender inmediatamente... el gobierno no alcanzó a tenerlos a todos carnetizados, entonces qué había que hacer? atenderlos, pero hacerles una encuesta socioeconómica provisionalmente mientras les salía su carnet de subsidiado y cobrarles el valor respectivo”) (PA 19); (“a muchas personas nos les entregaron de manera oportuna el carnet de las ARS, por eso, mientras que le dan el carnet y todo... lo vamos a manejar como vinculado”) (PA 12).

#### **5.3.2.3    *Seguimiento a los usuarios.***

La gran mayoría de los entrevistados refirió dificultades para el seguimiento de los usuarios por parte de las ESE de I nivel, atribuida en gran medida a las fallas en el funcionamiento del sistema de contrarreferencia de los hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad hacia las de I nivel, lo que en su concepto no les permite tener un conocimiento del tipo de servicios que fueron prestados al usuario, ni de los cambios en sus condiciones de salud (“las contrarreferencias poco llegan aquí, uno envía a los hospitales de segundo o tercer nivel, pero ellos no contrarefieren qué le hicieron al paciente”) (PA18); (“nosotros como primer nivel, casi nunca recibimos contrarreferencia, así que no sabemos si el paciente pudo resolver sus problemas de salud”) (PA15).

#### **5.3.2.4    *Tiempos de espera***

Con relación a la adecuación de los tiempos de espera para la atención, surgieron dos tipos de respuestas: mientras algunos entrevistados consideraron que las instituciones han disminuido

los tiempos de espera para las consultas, una gran parte de ellos describió dificultades para la asignación de las citas en las ESE de mayor nivel de complejidad.

En relación con el primer grupo de respuestas, una parte del personal administrativo refirió que en algunos centros la atención de los usuarios se está concediendo para uno o dos días, lo que ha contribuido a descongestionar los servicios, principalmente los del área médica (“*en este momento hemos disminuido muchísimo los tiempos de espera y los servicios cada vez comienzan a verse mas descongestionados*”) (PA 14), (“*las citas para medicina las tenemos con una disponibilidad de 2 días, en eso hemos mejorado mucho la atención*”) (PA 19).

La mayor parte de los entrevistados, consideró que los tiempos de espera para la asignación de las citas unido a las filas que deben llevar a cabo para solicitar la atención, se constituyen en los factores que generan mayor incomodidad en la población desplazada (“*de pronto ellos se han sentido un poquito por la espera, están en un momento difícil que quieren las cosas se las den ya*”) (PA 19); (“*los centros están llenísimos y eso hace que el paciente empiece a crear impaciencia y pues empiece a sentirse mal y se pone eufórico y todo el cuento y no le gustó entonces empieza la queja*” ) (PA 12), (“*de pronto si lo que incomoda al desplazado es la fila, la espera que de pronto tenga que hacer*” ) (PA 17).

El personal administrativo atribuyó el incremento en los tiempos de espera, al insuficiente número de profesionales con que cuentan las instituciones para dar cubrimiento a las demandas de atención de los usuarios (“*como hay poco personal asistencial, las citas se están dando a largo plazo*”) (PA18), (“*ahoritica la oportunidad estaba a 8 días, entonces eso es malo si de pronto hubiese más profesionales estaría al día*” ) (PA20). De igual manera, la demora en las remisiones de los usuarios a ESE de mayor nivel de complejidad, en aquellos casos en que se requiere la valoración o atención por especialidades que no son ofrecidas desde las ESE, surge como otra de las situaciones que incrementa los tiempos de espera para la atención (“*la demora no es tanto de acá, sino de allá, del especialista que está copado, está más o menos a un mes, pero eso el paciente no lo entiende*” ) (PA 11); (“*a veces es muy larga la oportunidad de citas para un especialista y los pacientes se enfurecen porque no les damos las citas en menor tiempo*” ) (PA 12).

### **5.3.2.5 Portafolio de servicios**

Para la mayoría de los entrevistados, las ESE cuentan en la actualidad con un portafolio de servicios que permite el cubrimiento de las principales necesidades de atención en salud que tiene la población desplazada, en la medida en que pueden garantizar las acciones del POS que son propias de un primer nivel de complejidad (“*yo creo que los servicios que ofrecemos acá en la institución satisfacen los requerimientos que tiene la población desplazada, ya que cubrimos todo lo del POS propio de un primer nivel*”) (PA2); (“*en el momento estamos ofreciendo un portafolio de servicios que cumple con las necesidades de un primer nivel*”) (PA17).

Por otra parte, algunos entrevistados refirieron que en algunos centros están cubriendo servicios que corresponden a un segundo nivel de complejidad como son la atención por fisioterapia, optometría y psiquiatría; que en caso de ser autorizados a la población desplazada pueden ser proporcionados en sus instituciones (“*aquí tenemos todos los servicios de primer nivel, pero también hay servicios de segundo nivel como terapias y optometría, que pueden ser prestados a los desplazados en caso de que les sean autorizados*”) (PA 10); (“*tenemos otros servicios, que no son del POS subsidiado que los manejamos directamente con cargo a la Secretaría, que son los servicios de psiquiatría*”) (PA 9).

### **5.3.2.6 Información proporcionada por las instituciones**

Los entrevistados describieron que en las ESE, existen diferentes mecanismos para dar a conocer las políticas de atención, así como los derechos y deberes en salud que tiene la población desplazada y que han sido dirigidas tanto a los trabajadores de la institución, como a los usuarios que acuden a sus servicios.

En relación con la información que se proporciona a los trabajadores de las ESE, la mayor parte del personal administrativo hizo referencia a las reuniones periódicas que se sostienen con los directores de los centros o los jefes de departamento, en las cuales se informa de los cambios que se han dado a nivel normativo o se retroalimentan los procesos que están siendo llevados a cabo en los distintos servicios (“*en la sede administrativa, semanalmente nos reúnen y nos están informando: “para los desplazados cambió, tal cosa”, o “para las personas del régimen subsidiado, se va a hacer así”*”) (PA 2); (“*usualmente nos reunimos para hablar sobre la normatividad, pero también para hacernos ver en que estamos fallando*”

*en el servicio”) (PA 4); (“se hacen reuniones mensuales con todos los directores de los centros entonces en esas reuniones se mira todo lo que ha salido en materia legal”) (PA 12).*

Otra de las estrategias que el personal administrativo describe como frecuente, es la entrega de documentos escritos que son distribuidos desde las direcciones de los centros a los trabajadores de los distintos servicios, con el fin de darles a conocer los lineamientos existentes en materia de atención en salud para los distintos usuarios de los servicios (“*aquí me llegan bastantes circulares de todo lo que concierne a los desplazados y estamos constantemente capacitados en eso*”) (PA 1); (“*al hospital llegan las circulares a la subgerencia administrativa, a la subgerencia de servicios y a trabajo social... y ellos nos reparten esa misma información a todos los departamentos*”) (PA 12).

La asistencia del personal administrativo a jornadas de capacitación por parte de la Secretaría Distrital de Salud, es otra de las estrategias que desde las ESE se promueve para la actualización e implementación de las políticas públicas relacionadas con el sector salud (“*ocasionalmente nos están enviando a la Secretaría de Salud a recibir capacitaciones*”) (PA 11); (“*los de atención al usuario y los de facturación reciben cursos con la Secretaría para estar actualizados en materia de legislación*”) (PA15).

En cuanto a la eficacia de los mecanismos utilizados para dar a conocer las políticas estatales, la mayoría de los entrevistados los consideró adecuados y oportunos, permitiéndoles una mayor actualización de los procesos existentes (“*la información que recibimos nos está llegando oportunamente*”) (PA 12); (“*el hospital se ha preocupado mucho de que los funcionarios que estamos de cara al público, estemos muy actualizados de todas las disposiciones que emite el gobierno*”) (PA 17).

Con respecto a las estrategias que las ESE utilizan para proporcionar información a los usuarios de los servicios, los entrevistados destacaron las acciones que son desarrolladas de manera directa por la oficina de atención al usuario, la información que se fija en las carteleras y el trabajo con la asociación de usuarios en las respectivas instituciones (“*cuando ellos vienen a buscar información, tenemos una persona de trabajo social, que es la persona que los orienta en todas las disposiciones gubernamentales*”) (PA 11), (“*nosotros tenemos carteleras, pero en realidad los usuarios poco las utilizan*”) (PA 3); (“*la asociación de usuarios del hospital es una ayuda muy grande para nosotros porque ellos divultan los servicios que presta el hospital y los cambios que se generan a nivel de políticas*”) (PA15).

### 5.3.2.7 Acceso Geográfico

Al analizar la situación geográfica de las instituciones con respecto a los lugares de vivienda de los usuarios, la mayor parte del personal administrativo describió como dificultades: la inseguridad de las zonas aledañas, los problemas para la consecución de transporte público en algunas zonas así como en determinadas franjas horarias y finalmente, las distancias que deben ser recorridas por los usuarios para llegar a los centros de atención.

En cuanto a las condiciones de inseguridad, la mayor parte de los entrevistados consideró que muchos de sus barrios poseen altos niveles de violencia urbana, lo que en su opinión se constituye en un riesgo para los usuarios que acuden a los servicios principalmente en los horarios nocturnos (*“en horas de la noche se dificulta muchísimo el desplazamiento porque es una zona bastante violenta... muchas veces vienen hacia acá a traer un paciente por una fiebre y resultan llegando porque los atracaron, porque los apuñalearon”*) (PA 8), (*“de noche aquí el acceso es como pesadito por la seguridad”*) (PA 5).

En opinión de los entrevistados, los desplazados se ubican en las zonas más marginales de la ciudad en donde las condiciones de infraestructura dificultan el acceso del transporte urbano, obligándolos a caminar grandes distancias para llegar a los centros de atención (*“a muchos desplazados les toca caminar siempre su buen tramo desde el paradero de los buses, entonces la accesibilidad si me parece un poquito complicada”*) (PA 5), (*“hay pacientes que les toca caminar 1 y 2 horas para llegar acá, viviendo en la ciudad, porque viven en las lomas, porque o no hay acceso de transporte urbano hacia allá o porque muchas veces ellos no tienen los recursos económicos para pagarlo”*) (PA 8).

Una de las dificultades que el personal administrativo asoció al acceso geográfico, es la oferta de servicios en diferentes centros de la localidad o incluso fuera de ella, obligando a los usuarios a efectuar mayores desplazamientos para la búsqueda de atención (*“hay determinados servicios que deberían estar como más centralizados, por decir, este que es un CAMI, se supone que debía haber odontología, que debía haber terapia y hay muchos pacientes que les toca estar yendo de un centro a otro a recibir la atención”*) (PA15), (*“lo más difícil que tiene un paciente es tener que desplazarse de un lado para otro, que si solicita una cita al psicólogo, tenga que ir hasta otro centro”*) (PA8).

Solo unos pocos entrevistados consideraron que la ubicación geográfica de sus instituciones era adecuado, evidenciando que no existía dificultad para el acceso de los usuarios a los centros de atención (“*es uno de los centros que está bien ubicado y se puede llegar fácilmente*”) (PA18), (“*yo creo que el acceso si es fácil, porque aquí siempre hay harto transporte y tenemos los otros centros que son del hospital también regados por toda parte*”) (PA 14).

### **5.3.3 Opinión del personal administrativo sobre las características de los desplazados que inciden en el acceso a las ESE**

El personal administrativo describió las características socioeconómicas de la población desplazada, las actitudes de la población desplazada hacia los prestadores servicios, las dificultades para su integración social y la percepción de necesidades en salud como los principales factores que desde los usuarios inciden en el acceso a los servicios de salud.

#### **5.3.3.1 Características socioeconómicas de los desplazados**

Desde el punto de vista de las características socioeconómicas, el personal administrativo destacó la difícil situación económica por la que atraviesan los desplazados como el principal factor que les impide la satisfacción de sus necesidades básicas. De igual manera, el bajo nivel educativo y de información que poseen, las actitudes hacia los prestadores de servicios, así como las dificultades de integración que tienen en sus lugares de asentamiento, fueron considerados como factores que inciden en la búsqueda de alternativas de solución y en el uso que dan a los servicios de salud.

#### **Condiciones económicas**

Una gran parte del personal administrativo encuentra que la difícil condición económica de la población desplazada, impide en gran medida la satisfacción de sus necesidades básicas, entre ellas, las relacionadas con la vivienda, la alimentación y la salud. Esta situación fue atribuida a las dificultades para la generación de ingresos y a la constitución numerosa de las familias que incrementa el número de necesidades a satisfacer entre sus miembros (“*la población desplazada tiene muchos problemas acá en la ciudad, casi siempre viven hacinados, son familias numerosas que se les dificulta hasta darles de comer a sus hijos, entonces imagínese las dificultades para la salud*”) (PA 12); (“*son personas que tienen muchísimos niños...que*

*no tienen para transportarse ellos, mucho menos tienen donde dejar los niños, y adicional a ello con una serie de problemas al interior del núcleo familiar”*) (PA3).

La difícil situación económica de los desplazados, se constituye en opinión de la mayoría de los entrevistados en la principal limitante para el acceso a los servicios de salud, ya que les imposibilita el pago del transporte hasta las ESE, efectuar el pago de las cuotas moderadoras, adquirir los medicamentos en aquellos casos en que no les son proporcionados por las instituciones e incluso el soporte de documentos que son requisito para la atención (“*hay desplazados en nivel 1 y 2 de pobreza, que no tienen para el médico, ni para una leche, ni para una consulta*”) (PA 1), (“*hay gente que realmente están en una situación terrible extrema que no tiene ni siquiera como pagar un 20% de un servicio*”) (PA15), (“*hay pacientes que ni siquiera tienen los \$100 para las fotocopias, en muchas ocasiones nos ha tocado sacar a nosotros y darles lo de las fotocopias para poder prestar el servicio*”) (PA 8);

### **Nivel educativo de la población**

El bajo nivel educativo de la población desplazada, es otro de los factores que desde el punto de vista de las características socioeconómicas de los usuarios, influye en el acceso a los servicios de salud. Muchos de los entrevistados refieren que la población desplazada, sólo cuenta con estudios básicos de primaria, siendo muchos de ellos analfabetas, lo que en su concepto les dificulta identificar recursos para la atención y apropiarse de la información que reciben desde las ESE (“*tenemos mucho problema con los usuarios, ya que muchos son analfabetas y les cuesta trabajo entender la información que les damos acá en el centro*”) (PA16); (“*son personas con un nivel sociocultural muy bajo, que tienen dificultades para ubicarse en la ciudad, para expresarse, para leer la documentación que les entregan en las distintas instituciones*”) (PA 5).

Otra situación que encuentran los entrevistados y que asocian a las condiciones de vida en la ciudad y al bajo nivel educativo de la población desplazada, es el alto número de embarazos tempranos en la mujer, la mayoría de las cuales consulta a las ESE en fases avanzadas de su embarazo (“*hoy en día vienen muchas jóvenes casi todas son maternas, hay muchas jóvenes maternas, que están entre 13 ó 14, hasta 18 años y el desconocimiento que tienen a todo nivel es muy grande*”) (PA 19); (“*actualmente están llegando muchas niñas que no superan los 16 años, embarazadas, casi a punto de dar a luz y que no habían tenido su primer control, eso*

*demuestra el nivel sociocultural que tiene la familia, son chicas con una escolaridad muy baja ”) (PA18).*

### **Nivel de información que poseen los desplazados**

La gran mayoría de los entrevistados considera muy bajo el nivel de información y conocimiento que tienen los desplazados tanto de los servicios que ofrecen las ESE como de sus derechos y deberes en salud (*“como un 10 o un 20% de los usuarios tienen conocimiento de los derechos que pueden tener en salud”*) (PA 8); (*“ellos llegan muy desinformados, no tienen mucho conocimiento sino simplemente quieren que los atiendan”*) (PA13).

En opinión de los entrevistados, en algunas oportunidades el desplazado llega con una información inadecuada de los servicios que ofrecen las instituciones, así como de sus derechos en salud, situación que conlleva a que generen falsas expectativas en relación con los servicios que les pueden ser proporcionados (*“la dificultad no es que no sepan a que tienen derecho, sino que les orienten mal, o que les informen mas”*) (PA 4), (*“no se que tipo de información les proporcionan pero llegan exigiendo que se les atienda y que todos los servicios son gratuitos”*) (PA 18); (*“muchos les dicen váyanse para su institución que allá los tienen que atender, pero no les explican si fueron aceptados o no, ni en que condiciones se les puede atender”*) (PA 11).

Una parte de los entrevistados considera que el nivel de información que poseen los desplazados, está directamente relacionado con el tiempo de asentamiento en la ciudad, ya que a mayor tiempo evidencian mejor apropiación de los servicios que son ofrecidos por las ESE, así como de los mecanismos para acceder a ellos (*“los desplazados que tienen uno o dos años de estar en la ciudad, ya saben porque ya han accedido más al servicio, tienen un mejor conocimiento de todos los procesos”*) (PA6).

#### **5.3.3.2    *Actitudes de la población desplazada hacia los prestadores de los servicios***

En opinión de una gran mayoría de los entrevistados, las experiencias negativas que ha vivido la población desplazada como producto de la violencia que padecieron en sus lugares de origen, unido a los problemas de adaptación a la ciudad y a las dificultades para la reivindicación de sus derechos, convierten a los desplazados en personas conflictivas, con un alto nivel de resentimiento social, que replican en sus comportamientos muchas acciones de violencia. Desde su perspectiva, ésta situación influye de manera negativa en la interacción

que se establece entre los usuarios con los prestadores de servicios y en la utilización que pueden dar a los servicios de salud (“*no sé si será por su cuestión social o su resentimiento con la sociedad son como muy violentos*”) (PA15); (“*el desplazado de pronto por la violencia que ha vivido, es muy altanero y trata mal al funcionario*”) (PA 13); (“*ellos tratan de ser agresivos con los funcionarios porque se les ha negado un poco el servicio*”) (PA6), (“*la mayoría de ellos fueron muy agresivos, nos insultaron, negándose a utilizar los servicios en las condiciones que estábamos autorizados ofrecerles*”) (PA17).

Las respuestas de agresividad de los usuarios, fueron atribuidas de igual manera, a la exigencia del pago de una cuota moderadora para aquellas personas que no lograron su afiliación al SGSSS y que ante la difícil situación económica por la que atraviesan, no se encuentran en condiciones de asumir dichos costos (“*cuando nos dieron la orden de que tocaba hacerles estudio socioeconómico y que la población tenía que pagar un 20%; obviamente la población se resintió porque no estaba acostumbrada a pagar y fue tenaz*”) (PA 16); (“*el hecho de que los vinculados deban pagar un monto por el servicio, ha generado un poco de insatisfacción, porque son muchos los pacientes que no tienen plata y dicen no pues hasta aquí llegué porque no tengo más plata y ahí es cuando comienza la agresividad hacia los que estamos en atención al público*”) (PA 12).

Uno de los entrevistados atribuyó la agresividad de los usuarios, a la restricción en el suministro de los medicamentos por parte de las instituciones y al requerimiento de adjuntar documentos para la prestación de los servicios (“*los casos de malestar los hemos visto cuando el hospital no tiene el medicamento o cuando se les piden 3 o 4 fotocopias, el usuario responde de muy mala manera*”) (PA13).

Solo algunos de los entrevistados, consideraron a los desplazados como personas pasivas, inseguras y con dificultades de interacción (“*yo encuentro que los desplazados son personas muy frágiles, muy inseguras, muy tristes*”) (PA 12); (“*algunos son como pasivos, son como acomplejados*”) (PA5); (“*son muy introvertidos, reflejan mucha inseguridad*”) (PA 3).

#### **5.3.3.3 Dificultades para la integración social**

La mayor parte de los entrevistados hizo referencia a las dificultades de integración que tiene la población desplazada con el entorno, lo que les impide contar con una red de apoyo para la identificación de recursos en salud (“*acá la población desplazada está muy marginada del*

*resto de la comunidad”*) (PA 4); (“*la gente de la localidad le tiene mucho recelo a la población desplazada y poco les colabora*”) (PA 18).

Sólo uno de los entrevistados destacó el papel que han cumplido las comunidades receptoras, al favorecer la asistencia de la población desplazada a las ESE de su localidad (“*aquí la comunidad es muy comunicativa, es muy solidaria de una persona a otra. Yo me he dado cuenta con compañeras que están en el extramural, que están vacunando y les dicen, “por favor atiendan a éste paciente que es desplazado”*”) (PA1).

#### **5.3.3.4 Necesidades de atención en salud que motivan la asistencia de la población desplazada a las ESE**

El personal administrativo considera que la gran mayoría de las personas desplazadas consulta a las ESE con un propósito básicamente curativo, buscando dar solución a problemas específicos de salud que los afectan a sí mismos o a los miembros de su familia (“*el desplazado viene a solicitar un servicio cuando en realidad lo requiere, cuando se siente muy enfermo*”) (PA 3); (“*cuando un desplazado viene a solicitar un servicio es porque generalmente uno de los miembros de su familia se encuentra enfermo*”) (PA 10).

Dentro de los problemas de salud que desde el punto de vista del personal administrativo, motivan la asistencia de la población desplazada a las ESE, se encuentran los problemas nutricionales, los procesos infecciosos y la enfermedad diarreica aguda, que afectan en gran medida a la población infantil (“*aquí llega mucho niño con IRA, pero más con EDA, vienen con deshidratación, con desnutrición*”) (PA 11); (“*los niños vienen con muchos problemas gastrointestinales, porque les dan el agua que no está hervida, les dan comida que no debían darle o vienen con hambre, con desnutrición*”) (PA 15).

En la población adulta, los entrevistados refirieron la presencia de algunos casos de malaria, problemas odontológicos y un alto número de mujeres embarazadas. No obstante, describieron el incremento de consultas médicas de menores de edad que llegan a las ESE en fases avanzadas de gestación (“*en los adultos se ven enfermedades de transmisión como de pronto una malaria*”) (PA 15), (“*aquí han llegado varios casos de enfermos con malaria*”) (PA 6); (“*una de las cosas que se ve aquí hartísimo, son embarazos, eso es un rango altísimo de mujeres desplazadas embarazadas*”) (PA 12); (“*es frecuente encontrar muchas jovencitas*

*desplazadas que ya están embarazadas y que no habían tenido ningún tipo de control” (PA 14).*

En cuanto al tipo de servicios más demandados por la población desplazada, el personal administrativo destacó las consultas médicas, tanto a nivel de urgencias como de consulta externa, las pruebas de laboratorio clínico, dadas las remisiones que son efectuadas desde los servicios de medicina y finalmente la atención odontológica (“*los servicios que más demanda la población desplazada son medicina, bacteriología y odontología*”) (PA 11); (“*medicina y laboratorio clínico para la confirmación de los diagnósticos, son los servicios que creo yo, que utiliza mas la población desplazada*”) (PA 12).

#### **5.3.4 Sugerencias del personal administrativo para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud**

En opinión del personal administrativo las principales estrategias que deberían ser llevadas a cabo para la mejora del acceso de la población desplazada a los servicios de salud, lo constituyen el establecimiento de un programa de seguimiento y control de la atención en salud que se proporciona a la población desplazada, la disminución de los trámites para la atención y una mayor divulgación de las políticas de salud, tanto a los prestadores de servicios como a los usuarios en condición de desplazamiento.

Ante los problemas que se han generado para la identificación de los usuarios, la mayor parte de los entrevistados sugirió desarrollar una mayor contrastación de la información que ha sido proporcionada desde la Red de Solidaridad Social, efectuando una depuración de las bases de datos existentes e implementando un programa de seguimiento a las condiciones de vida de la población desplazada (“*así como se hacen las visitas del Sisbén, deberían hacerlo con los desplazados, porque hay muchas personas que realmente no son desplazadas*”) (PA 8); (“*la base de datos de desplazados debería estarse actualizando permanentemente y depurarla*”) (PA 11); (“*es importante hacerles un seguimiento especial, para mirar realmente su situación, su estado de salud, sus posibilidades laborales*”) (PA 18).

La disminución de los trámites para la atención y el establecimiento de mejores canales de comunicación entre las diversas instituciones que proporcionan atención a los desplazados, se constituyen en otras de las estrategias que en opinión de una parte de los entrevistados, posibilitarían una atención oportuna a ésta población (“*todas las instituciones deberíamos*

*evitar poner tanta traba a los servicios y tener una comunicación directa entre Registraduría, IPS, Red de Solidaridad, Procuraduría” (PA 11); (“deben buscarse estrategias que disminuyan los trámites que debe efectuar la persona desplazada, eso mejoraría de manera significativa su atención”) (PA 14).*

Finalmente, algunos entrevistados refirieron la importancia de divulgar de manera oportuna tanto a los desplazados como a los prestadores de servicios, las políticas de atención en salud que han sido promulgadas para éstos colectivos, permitiendo de ésta manera un mejor uso de los servicios de salud (“*todas las instituciones deberíamos informarles sobre los derechos y deberes que tiene un desplazado aquí y en cualquier lado, así llegaría mucho mas orientado sobre los trámites a seguir*”) (PA 12); (“*sería bueno que donde los atienden inicialmente, les anexaran, a que tienen derecho, donde pueden ser atendidos, a dónde se puede dirigir en caso de duda, a que teléfonos*”) (PA 4); (“*es necesario que se den a conocer con mayor oportunidad las cosas que cambian en las políticas, sobre todo a todas aquellas personas que manejamos público, eso ayudaría a mejorar la atención*”) (PA 10).

## **5.4 Visión de los profesionales de la salud sobre el acceso de la población desplazada a las ESE**

Al igual que en los anteriores apartados, se describe en primer lugar el punto de vista de los profesionales de la salud en relación con la política de atención en salud para la población desplazada y a continuación los factores que desde las instituciones y los usuarios inciden en el acceso a las ESE. Finalmente se enuncian las principales estrategias de mejoramiento del acceso a los servicios de salud que fueron descritas por éstos informantes.

### **5.4.1 Opinión de los profesionales de la salud sobre la política de atención en salud para la población desplazada**

En relación con las políticas de atención en salud para la población desplazada se evidenciaron diversos tipos de respuestas, ya que mientras algunos refirieron su desconocimiento, otros enunciaron los alcances o dificultades que han encontrado en su implementación. Con respecto al primer grupo, una parte de los entrevistados expresó que desconocía la existencia de una política gubernamental dirigida hacia la población desplazada que en algunos casos fue atribuida a su falta de difusión (“*la normatividad no la sé, porque*

*falta más difusión al respecto” (PS 21); (“realmente no conozco que haya una política o un programa especial para los desplazados”) (PA 20); (“yo desconozco las leyes que existen para su atención”) (D 15).*

Por su parte, un segundo grupo de entrevistados hizo referencia en sus discursos a la obligatoriedad que tienen las instituciones, de garantizar la prestación de servicios formulados en el marco de las políticas en salud, sea que se trate de acciones de promoción y prevención o de acciones asistenciales definidas dentro del POS.

En opinión de una parte de los entrevistados, los servicios de promoción y prevención se ofrecen en las mismas condiciones que al resto de la población que asiste a las ESE, dado que se trata de programas gratuitos a los cuales puede acceder cualquier ciudadano en el país (“*obligatoriamente se les hace el paquete de promoción y prevención que maneja el Estado... son exámenes que para ellos no tienen ningún costo, ese es uno de los lineamientos de las políticas*”) (PA 20); (“*acá la institución maneja diversos programas de promoción y prevención que están dirigidos para las gestantes, los niños, los ancianos y son servicios a los que puede acceder toda la población, tal como lo determina la ley*”) (PA 7).

En lo que compete a las acciones de carácter asistencial, los entrevistados enunciaron que las políticas en salud enuncian la obligatoriedad de proporcionar atención a la población desplazada evitando de ésta manera que se presenten barreras para su acceso (“*lo único que sé de las políticas, es que se debe atender sin trabas en el momento que el desplazado lo requiera*”) (PS 10); (“*no sé si sea la última disposición, pero dice que cualquier población que llegara desplazado y su núcleo familiar debía ser obligatoriamente atendido*”) (PS 8); (“*el acceso para ellos se ha mejorado, pues existe la obligatoriedad de que se les proporcione atención*”) (PS 11).

En opinión de varios entrevistados, las acciones que se ofrecen a la población desplazada, deben responder a los lineamientos del Plan Obligatorio de Salud, aunque evidencian que la política define ciertos límites que escapan a su ámbito de competencia (“*nosotros tenemos un listado de medicamentos del POS subsidiado que es el que les cubre y que normalmente por ley debemos intentar formular*”) (PS 14); (“*en cuanto al manejo eso se sale de las manos de un médico, ya eso pasa a las partes administrativas, entonces es cuando vienen los peros, o sea, por ejemplo necesitamos confirmar si es un evento POS o no POS... eso limita la atención de un paciente*”) (PS 3); (“*hay muchas cosas que uno quiere hacer pero no están*

*incluidos y muchas cosas que uno tiene que decirle al paciente le toca particular”*) (PS 17); (“*si son de una ARS yo les comento que tienen que pagar algunos exámenes de laboratorio particularmente*”) (PS 19).

De igual manera, los profesionales de la salud, describieron que en la implementación de las políticas se han presentado dificultades, que atribuyeron a la poca claridad que han tenido las políticas tanto en su formulación como en la definición de sus fuentes de financiación.

La falta de claridad en las políticas fue atribuida a la poca identificación que se hace de las necesidades de atención en salud que tiene la población desplazada. En opinión de los profesionales de la salud, hay mayor preocupación por estimar la magnitud del desplazamiento antes que evaluar el impacto que éste genera sobre la población que lo padece (“*de desplazados no hay una política que uno diga existe esto y se requieren tales y tales servicios, de ellos no se habla más que como una estadística*”) (PS 18); (“*las políticas existen y son las de atiéndalo...pero nunca se ha dicho el paciente desplazado tiene éstas y éstas necesidades*”) (PS 23).

Otro de los factores que en opinión de los entrevistados visualiza la falta de claridad en las políticas, ha sido la poca definición que se ha dado a las fuentes de financiación para la atención de la población desplazada, lo que restringe la posibilidad de garantizar una continuidad en relación con su manejo (“*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 ésta población, pues sencillamente se va a resquebrajar esa prestación de servicio y no se van a poder cumplir las políticas*”) (PS 6).

#### **5.4.2 Opinión de los profesionales de la salud sobre los factores institucionales que inciden en el acceso de la población desplazada a las ESE**

En opinión de los profesionales de la salud, el acceso de la población desplazada a las ESE, está mediado por factores institucionales, como la calidad de información proporcionada tanto a usuarios como a prestadores de servicios, así como por otros factores como el acceso geográfico, las dificultades relacionadas con la disponibilidad de recursos existentes, los tiempos prolongados para la atención y el exceso de trámites de tipo administrativo, que conllevan a que los usuarios no estén accediendo de manera oportuna a los servicios de salud.

Desde el punto de vista de la continuidad y seguimiento de los usuarios, los entrevistados destacaron las fallas en el sistema de contrarreferencia que tiene el sistema de salud en Colombia.

#### **5.4.2.1 Divulgación de las políticas de atención**

Los profesionales de la salud, enunciaron las estrategias que han sido utilizadas para la divulgación de las políticas de salud tanto a los prestadores de servicios como hacia la población desplazada.

En opinión de algunos entrevistados, los mayores esfuerzos de divulgación de las políticas hacia los trabajadores de las ESE, se han dirigido hacia el personal administrativo dado que son los que en primera instancia brindan atención e información a la población desplazada y requieren por sus funciones una actualización permanente con respecto a su manejo (“*los cajeros cada 8 días o cada 15 días están en cursos, están en actualización porque como las matrices de contratación cambian permanentemente, ellos deben estar al tanto de todo*”) (PS 24); (“*la directriz de todo este proceso la da siempre la parte administrativa o sea todo llega a la gerencia a la parte de contratación*”) (PS 18); (“*la información la divultan mas como a nivel administrativo, que son los que tienen atención directa a los usuarios*”) (PS 12); (“*las guías de atención, son los que manejan toda la información de convenios, de cambios, de desplazamiento, de todo a nivel de atención al usuario*”) (PA 20).

En cuanto a la información proporcionada a los profesionales de la salud, sólo una parte de los entrevistados destacó las reuniones que se llevan a cabo con los coordinadores de los servicios y la divulgación que las instituciones hacen a través de medios informativos como los memorandos y las carteleras. Sin embargo, los profesionales de la salud consideran que la información que les proporcionan no es tan profunda como la que se lleva a cabo con el personal administrativo (“*cualquier cambio que se haga en la institución se comunica mediante memorandos y eso se publica en carteleras informativas*”) (PS 8); (“*los coordinadores hablan con nosotros, pero no es algo tan completo*”) (PS15); (“*deberían mejorar la orientación que proporcionan a todos los que prestamos servicios a la población desplazada, ya que lo que conocemos es muy superficial*”) (PS 18).

En opinión de muchos de los entrevistados, no se ha hecho un esfuerzo significativo por divulgar las políticas de atención en salud para la población desplazada, ni desde las

instancias gubernamentales, ni desde las ESE, lo que en su concepto ha podido incidir en la prestación de los servicios de salud (*“que me hayan explicado no!. Yo sé que ellos tienen los mismos derechos que tiene cualquier otro paciente...pero que me hayan dado una pauta en especial, no, ninguna”*) (PS1); (*“lo que nosotros sabemos de desplazados es porque nosotros en alguna parte lo escuchamos, lo aprendimos, o lo vimos, pero así que la Secretaría nos actualice en eso no”*) (PS 10); (*“no hay unas políticas que vengan desde el Ministerio de Salud en donde den un apoyo de cómo se debe atender esta población”*) (PS 26); (*“realmente que a nosotros nos reúnan y nos digan toca hacer así las cosas así por ley y eso, ¡no! Y eso de una u otra manera repercute en el servicio que se proporciona”*) (PS15); (*“que nos pasen un memorando o comunicado donde nos informen que se hace legalmente, no hay ningún tipo de comunicado”*) (PS 14); (*“acá básicamente capacitan es a la gente del área administrativa, a nosotros nos enseñan las cosas muy superficialmente, nos faltaría un poco más de profundización”*) (PS 6).

En relación con la divulgación de las políticas de salud hacia las personas desplazadas, los entrevistados describieron que ésta es llevada a cabo por el personal administrativo vinculado a las oficinas de atención al usuario, quienes en su concepto, son los que en mayor medida pueden dar una mejor respuesta a las inquietudes de los usuarios (*“la información que reciben los usuarios sobre las políticas que los rigen, la proporcionan en la mayoría de las ocasiones las guías de atención al usuario”*) (PA 4); (*“acá en el hospital los mejor preparados para divulgar todo lo relacionado con las políticas en salud, son los de atención al usuario, ellos hacen un trabajo muy serio con los usuarios de los servicios”*) (PA 6).

Muchos de los entrevistados consideraron que la divulgación de la política resulta insuficiente, en la medida en que no alcanza a cubrir a una gran parte de la población desplazada, limitándoles de ésta manera el uso efectivo de los servicios de salud (*“yo pienso que el Estado es muy estático. El espera que el desplazado se acerque a él y no el Estado buscar al desplazado. Hay mucha gente no esta disfrutando de nada, porque desconoce las políticas”*) (PA 20); (*“yo pienso que falta mucha divulgación de las políticas hacia el desplazado”*) (PA 25); (*“a ellos nunca les explican a que tienen derecho, como los deben recibir, a quien deben acudir”*) (PS 18).

Para otros entrevistados, las instituciones gubernamentales entre ellas las del sector salud, no han hecho un esfuerzo significativo para que la población desplazada conozca los

procedimientos que deben cumplir para acceder a las ESE (“*existe mucho desconocimiento, porque a ellos no hay nadie quien les diga ustedes al llegar acá tiene acceso a tales y tales sitios... aparte de darles la cartica, no hay nada mas*”) (PS 18); (“*la gente no tiene claridad que es una urgencia vital y mucha veces congestiona los servicios, pero es que tampoco nadie se los ha explicado*”) (PS2).

#### **5.4.2.2 Disponibilidad de recursos para la atención**

En opinión de los profesionales de la salud, el bajo número de profesionales que cubren las demandas de determinados servicios, así como las dificultades en la infraestructura y en el suministro de medicamentos, se constituyen en otras de las barreras que desde las ESE limita el acceso efectivo de la población desplazada a los servicios de salud.

Para algunos entrevistados, el bajo número de profesionales de la salud que tiene la institución para dar cubrimiento a las necesidades de atención de los usuarios en algunos servicios resulta insuficiente, incidiendo en el incremento de los tiempos de espera y en la poca satisfacción a las demandas de atención (“*acá nosotros tenemos mucho volumen y la capacidad no da para más, aquí hay 5 médicos y todos vivimos con la consulta 5 días llena, si yo me llevo a enfermar mañana y me dan 2 días de incapacidad... se les forma un problema a esos 32 pacientes que quedaron sin consulta en dos días*”) (PS 9); (“*un punto neurálgico es urgencias, ya que se requieren muchos mas profesionales por el volumen de población*”) (PS2); (“*yo pienso que faltan profesionales, porque los que estamos somos insuficientes*”) (PS 12).

Por otra parte, el déficit de camas disponibles para la atención a nivel de los Cami y las dificultades para el suministro de insumos, principalmente los de tipo diagnóstico y terapéutico, son en opinión de una gran parte de los profesionales, otros de los factores que inciden en la calidad de la atención que se proporciona a la población desplazada (“*no hay los insumos, en cuanto al laboratorio clínico y otras ayudas terapéuticas como ecografías, radiografías hay un vacío grande, entonces para hacer un diagnóstico los exámenes son limitados*”) (PS 13); (“*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*”) (PS 10); (“*la ley dice una cosa pero realmente podemos hacer otra por falta de recursos, de insumos, de personal, de recursos económicos*”) (PS 8); (“*si el paciente viene con una crisis hipertensiva y no hay los medicamentos con que manejarlos o si*

*la necesidad del antibiótico que tiene para una patología no la cubre el hospital eso limita mucho la calidad de la atención” (PS 13); (“la falta de medicamentos se nota bastante y ellos no tienen los recursos para comprarlos entonces ese ha sido un obstáculo, hay mucha insatisfacción cuando uno les dice que no hay ésto, o que tienen que comprarlo”) (PS 13).*

Algunos de los entrevistados, consideraron que las ESE han venido mejorando la infraestructura de sus instituciones lo que les ha permitido ofrecer los servicios propios de un primer nivel de atención, así como la calidad proporcionada (“ésta institución tiene una estructura buena...vamos por buen camino para prestar todos los servicios que corresponden a nuestro primer nivel”) (PS 18); (“la infraestructura que tiene ahorita el Cami es buena, de hecho se está complementando”) (PS1); (“la preocupación del hospital es que el paciente cuando llegue siente que llegue a un lugar acogedor que cuente con una buena infraestructura, que tenga una buena atención por parte de los profesionales, en esos estamos mejorando”) (PS 20).

#### **5.4.2.3 Acceso geográfico a las ESE**

En opinión de una gran parte de los entrevistados, el acceso geográfico a las ESE de primer nivel, está condicionado por dos factores: por una parte, la distancia que debe ser recorrida para llegar a los centros de atención y por otra, la inseguridad de las zonas en donde están ubicadas.

Con respecto a la ubicación de los centros que constituyen las ESE, los entrevistados tuvieron diversos tipos de respuestas. Para algunos, la ubicación geográfica de las ESE es adecuada ya que desde su punto de vista se encuentran localizadas en sitios estratégicos de la localidad, en donde las condiciones de la malla vial y la existencia de rutas de transporte urbano, permiten el desplazamiento de los usuarios hasta ellas (“me parece que hay buen acceso y que es fácil encontrar nuestro centro”) (PS 23); (“el hospital tiene puntos que les queda super fácil asistir al que ellos quieran”) (PS 15); (“es un sitio bien ubicado, está en un sitio estratégico y se facilita la accesibilidad del paciente a la consulta”) (PS 3).

Un segundo grupo, evidenció dificultades para el acceso geográfico dentro de sus mismas localidades, atribuyéndolo a los largos recorridos que deben llevar a cabo los usuarios desde el sitio en que finaliza la ruta de transporte urbano, hasta los lugares en donde se encuentran ubicados los centros de atención (“hay centros ubicados en sitios o barrios demasiado

*lejanos...entonces ahí sería lo difícil del acceso por lo lejos, ya que desde donde los deja el bus hasta acá deben caminar unos 10 a 15 minutos") (PS 12), ("la distancia que hay entre donde ellos residen a los sitios de atención es muy lejos y el problema básico es la falta de transporte, ya que éste llega hasta cierto punto") (PS 17).*

Las distancias que deben ser recorridas por los desplazados, cuando son georeferenciados a centros que no están localizados cercas a sus lugares de vivienda, o cuando son remitidos a otras instituciones para la realización de exámenes diagnósticos o tratamientos que no pueden ser ofertados desde las ESE de primer nivel, se constituyen en otra de las dificultades para el acceso geográfico descritas por los profesionales de la salud (*"uno de los problemas que uno mas ve en los usuarios es el que tengan que estarse desplazando de un lado a otro de la ciudad para que les practiquen ciertos exámenes, o tratamientos que acá nosotros no se los podemos ofrecer"*) (PS 4); (*"a algunos pacientes que les han dado la ARS, la ARS no ha tenido en cuenta el sitio de residencia del paciente y les han dado el sitio que no corresponde, y les ha tocado a los pacientes ir a solicitar el cambio de su IPS primaria, por problemas de distancia"*) (PS 18).

En relación con la seguridad que poseen los barrios, una gran parte de los entrevistados describió que sus centros se encuentran ubicados en zonas que presentan un alto índice de violencia urbana, lo que dificulta el acceso de la población desplazada a los servicios de salud principalmente en las horas de la noche (*"de noche existe riesgo en la zona, en el sentido en que es un poco peligroso, las personas a veces prefieren esperar por la mañana a consultar, que venirse en la madrugada, la violencia en la zona es muy alta"*) (PS3); (*"muchos pacientes deben esperar a que amanezca, a que aclare para poder intentar acudir al servicio a que sea valorado por el médico, por la inseguridad...el hecho de que vivan a 6, 7, 8 cuadras significa que ellos tienen que transportarse más de 5 minutos a pie en la noche y eso ya limita el acceso"*) (PS 14); (*"hay gente que tiene que caminar más o menos treinta minutos para llegar acá y tienen que hacer un recorrido de diez a quince minutos donde es completamente solo, lleno de potreros, desolado y pues no sería muy fácil el acceso"*) (PS 12).

#### **5.4.2.4 Procedimientos administrativos para la atención**

El exceso de trámites que deben cumplir las instituciones ante las instancias gubernamentales para la acreditación de los servicios proporcionados a la población desplazada, es descrita por la mayoría de los entrevistados como barreras para la atención de los usuarios (*"lo que me*

*llama la atención son las trabas que a veces la Secretaría Distrital pone al hospital para hacer efectivo la prestación del servicio") (PS 23); ("no se les puede de pronto brindar esa atención que ellos quieren o que necesitan precisamente por las trabas que nos imponen a las instituciones") (PS 21).*

Dentro de los trámites para la atención que deben cumplir los usuarios y que en el concepto de los profesionales de la salud generan mayores inconvenientes para la atención se encuentran: la certificación de la condición de beneficiario de las políticas y la autorización para la prestación de los servicios de salud por parte de las ARS. En relación con la acreditación de la condición de desplazados, los entrevistados enunciaron la demora tanto en la inscripción ante el SUR como en la entrega en su momento de las cartas de salud, situaciones que desde su punto de vista repercutieron en la prestación de los servicios de salud, dada la exigencia de dichos requisitos para la atención (*"el hecho de que el paciente no figure en la base datos eso ya es una dificultad, porque hasta que no traiga su carta, su constancia, pues no se le va a poder prestar su servicio y tengo entendido que eso es muy demorado"*) (PS 23); (*"creo que eran dos meses que tenían que esperar hasta que les dieran la carta de desplazamiento, y ese era un tiempo en el que no les podía brindar atención, a no ser que pagara como particular"*) (PS 19); (*"para la renovación de esa carta de desplazamiento era una tortura decirle a la persona oiga vaya y haga esa vuelta y además decirle que mientras tanto no se lo podía atender"*) (PS2).

El exceso de trámites en la remisión de los usuarios a instituciones de mayor nivel de complejidad para la realización de procedimientos diagnósticos o quirúrgicos, se constituyó en opinión de los entrevistados, en otra de las dificultades para la atención de la población desplazada (*"la mayoría de los pacientes les va regular con esas ARS, o sea mucha tramitología para que les puedan hacer una cirugía, para que les puedan hacer un examen especializado, los devuelven...pasan 3 meses, 4 meses y no los han llamado"*) (PS 9); (*"a partir de un segundo y tercer nivel, en cuanto al manejo de cirugías, enfermedades de alto costo etc., ahí si se ve la diferencia...se comienzan a ver las dificultades para la atención"*) (PS3); (*"las ARS están capitando la atención de segundo y de tercer nivel con ciertos hospitales, entonces muchas veces trancan la remisión por ese lado"*) (PS 14).

#### 5.4.2.5 *Tiempos de espera para la atención*

Los procedimientos establecidos por las ESE para la asignación de las citas, fue visto por los profesionales de la salud, como uno de los factores que exige de los usuarios una mayor asistencia a los servicios de salud, lo que en ocasiones conlleva al incumplimiento de las citas para la atención (“*el sentir de ellos es que los hagan venir tantas veces, por decir algo hoy vienen a sacar la cita, después a cumplirla, después a tomarse los laboratorios*”) (PS 23); (“*a donde llegue el paciente va chocar con el problema de que tiene que llegar muy temprano, cinco y media o seis de la mañana, ese día saca la cita, al otro día es que le toman las muestras y al otro día por la tarde las entregan o sea se demora 3 o 4 días para hacer una vuelta y eso hace que muchos de ellos incumplan las citas*”) (PS 9).

En cuanto a los tiempos de espera para la atención, los entrevistados describieron su opinión sobre la manera como éstos son manejados en los servicios de urgencias en relación con los servicios de consulta externa. Hubo acuerdo en la mayoría de los entrevistados en que los tiempos de espera en los servicios de urgencias, están supeditados a la valoración del Triage, ya que una vez ha sido determinado el tipo de patología y la condición de salud de éstos, se establece la prioridad para su atención (“*si llega un caso grave pues ese caso se lleva la prioridad de atención de todos y puede demorar más tiempo el paciente si su patología no es grave, eso depende del Triage que tenga, la clasificación que se haga de patología si es prioritario entra de una, pero si es prioritario y no es un Triage 3 puede demorar mas tiempo sentado esperando*”) (PS 13).

En cuanto a los tiempos de espera para la atención ambulatoria una parte de los entrevistados encuentra que existe demora en la asignación de las citas, lo que conlleva a que el usuario opte por la solución más oportuna a sus necesidades de atención en salud (“*es un obstáculo porque muchos vienen por problemas serios que requieren no tanto de una urgencia pero si de una atención rápida, digamos un paciente que venga por vómito, diarrea y dolor abdominal... le dan una cita en 8 días para que lo valore un médico y le den solución al problema y usted con esos síntomas. Eso es un servicio malo y eso pasa aquí todos los días*”) (PS 9); (“*las citas están para 10 días para 8, entonces la señora qué termina haciendo? llevando el niño a una droguería, mal o bien el farmacéutico le aplica una inyección, le da algún jarabe y le mejora en algo el problema*”) (PS 15).

En cuanto a los tiempos de espera en las filas de atención, los entrevistados describieron que las maternas y los ancianos son los más inconformes con éste procedimiento, dado que no existe prioridad para su atención y los cupos diarios asignados resultan insuficientes (“*he escuchado a algunas maternas, que las filas deberían ser prioritarias para ellas o no tener necesidad de hacer fila*”)(PA19); (“*yo el único problema que he visto es que la gente se queja un poquito del tiempo que se demoran en la facturación... la mayoría de quejas es que les toca hacer cola*”)(PS 24); (“*hay pacientes que se desesperan porque están desde las cinco de la mañana haciendo fila y no alcanzan a tomarse los exámenes, por el cupo que se asigna diariamente*”)(PA16). Al respecto, unos entrevistados describieron que en sus instituciones se están implementando medidas tendientes a la disminución de los tiempos de espera buscando mejorar la prestación de los servicios en salud (“*aquí se les está dando bastante prelación y se está tratando de cuando ellos solicitan las citas el servicio sea rápido y eficiente*”)(PS 23).

#### **5.4.2.6 Seguimiento a la población desplazada**

En opinión de la mayor parte de los entrevistados, las ESE no cuentan con políticas que favorezcan acciones efectivas de seguimiento a sus usuarios, estando supeditadas al interés que tengan los profesionales de conocer la situación de algún caso en particular (“*en la institución, no tenemos como una política para hacer seguimiento a los usuarios*”)(PS 2); (“*seguimiento como tal no hay, a menos que alguno de los médicos tenga un interés especial por cierto caso...pero ya es aparte, no es requisito, no está en los protocolos*”)(PS 3).

Para muchos de los profesionales de la salud, existen fallas en los sistemas de contrarreferencia desde las instituciones de mayor nivel de complejidad a las ESE de I nivel, situación que no les permite tener un conocimiento del manejo que ha sido proporcionado ni dar un seguimiento adecuado a las condiciones de salud de sus usuarios, entre ellos la población desplazada (“*muchas veces el paciente ya sigue siendo manejando en otro nivel de complejidad y uno no se retroalimenta de que fue lo que pasó con él*”)(PS 14); (“*de todos los pacientes que yo he mandado, solo uno o dos, me han devuelto, porque jamás se sabe que pasó con ese paciente, pero que los contrarefieran, no!*”)(PS 1).

### **5.4.3 Opinión de los profesionales de la salud sobre los factores que desde los usuarios desplazados inciden en el acceso a las ESE**

Se describe la percepción de los profesionales de la salud sobre las principales características que desde los desplazados inciden en el acceso a los servicios de salud, agrupándose en tres grandes categorías: las relacionadas con las características socioeconómicas, la actitud de los desplazados hacia los servicios de salud y las necesidades de atención en salud que presenta este colectivo.

#### **5.4.3.1 *Características socioeconómicas de la población desplazada***

En opinión de los profesionales de la salud, la precaria condición económica de la población desplazada es el factor que más incide en el acceso a los servicios de salud. No obstante, existen otras características socioeconómicas, como el bajo nivel de información así como la actitud que tienen ante los servicios de salud, que influye en la identificación de recursos y en el reconocimiento de sus derechos como usuarios.

##### **Condición económica**

En opinión de la gran mayoría de los entrevistados, las dificultades económicas de los usuarios no permiten dar continuidad a los esquemas terapéuticos que son prescritos a la población, incidiendo en la posibilidad de adquirir los medicamentos, de asistir a los controles de manera periódica o de proporcionar una dieta balanceada para la familia (“*ellos le dicen a uno que no tienen ni para comer y en esas condiciones difícilmente van a cumplir un tratamiento*”) (PS 21); (“*son pacientes que te empiezan a fallar a los controles y cuando uno les pide que se justifiquen, es que no tenían como pagar un transporte*”) (PS 8), (“*son personas de muy escasos recursos económicos, a veces no tienen ni para comprar el frasquito de la orina*”) (PA 20; (“*tratamos de formular las drogas más económicas, porque para ellos es complicado comprarlas, pues significa de pronto dejar sin comida a sus hijos ese día*”)) (PS 1).

Otros entrevistados consideran que la constitución numerosa de la mayoría de las familias desplazadas unida a sus precarias condiciones económicas, les dificulta su sostenimiento en la ciudad y la satisfacción de sus necesidades básicas, entre ellas, la posibilidad de una vivienda digna y la alimentación. Situaciones que desde su punto de vista, influyen directamente sobre las condiciones de salud de ésta población (“*cómo puede mejorarse un niño que tiene una*

*afección respiratoria, cuando viven en condiciones de hacinamiento y expuesto a un medio ambiente que es lesivo para su salud?” (PS2); (“son familias que tienen muchos niños, viven en arriendo y están de pronto como en hacinamiento y eso influye definitivamente en el desarrollo de la enfermedad”) (PS 13); (“se desplazan grupos familiares grandes y es muy triste verlos como llegan acá, porque no tienen para alimentarse, para el transporte...no tienen nada”) (PS 18).*

No obstante, en términos de satisfacción de necesidades básicas, la situación económica de los desplazados los lleva a priorizar en el tipo de problemas que pueden resolver, evidenciando los entrevistados que la atención de la salud queda en un segundo plano en relación con otro tipo de necesidades (“*para ellos no es tan importante el mantener la salud. De pronto su misma situación económica los lleva de pronto a pensar en otras cosas*”) (PS 23); (“*a ellos lo que les preocupa es solventar su situación del momento, entonces no piensan tanto en la salud*”) (PS 15); (“*están preocupados en dar de comer a sus niños, antes que asistir a una charla de educación en salud*”) (PS 17); (“*viven el diario, el tener donde dormir, el darles un pan y agua de panela a los niños, pero no les importa mucho la salud*”) (PS 11).

Otra de las situaciones que desde el punto de vista de los profesionales de la salud limita el acceso de la familia desplazada a los servicios de salud y en particular a la mujer, lo constituyen las dificultades para garantizar el sostenimiento de la familia, cuando es la única proveedora económica en el hogar o cuando tiene bajo su responsabilidad el cuidado de los hijos (“*hay muchos hogares a los que les han matado a los cabezas de familia que son los hombres, generalmente llega es la mujer con los niños, lo que les complica un poco mas su situación en la ciudad, generalmente sus ingresos son menores*”) (PS 14); (“*hay mujeres que no pueden asistir a los servicios por los niños, porque salir con 5 o 6 niños no es fácil*”) (PS 12); (“*las dificultades, en general las manifiestan las mamás cuando tienen muchos hijos y no tienen para cubrir los costos del transporte, o el valor de las consultas*”) (PS3).

### **Nivel de información de los usuarios**

En opinión de los profesionales de la salud, una gran parte de la población desplazada que acude a sus servicios, desconoce las políticas que han sido diseñadas para su manejo, las acciones que pueden ser ofertadas desde las ESE, así como de sus derechos y deberes en salud (“*ellos no conocen a que tienen derecho*”) (PS 18); (“*no tienen mucho conocimiento o no*

*saben, o no conocen como acceder a los servicios de salud") (PS 8); ("no tienen ni idea de las garantías que les ofrece el gobierno en cuanto a ciertos servicios") (PS3).*

El desconocimiento de la población desplazada, fue atribuida en gran medida a las limitaciones para el acceso a los servicios que pudieron tener en sus lugares de origen, a la falta de una adecuada información desde las instancias gubernamentales y a la desorientación y confusión que provoca el llegar a una ciudad desconocida. Una parte de los entrevistados, describió que algunos usuarios nunca habían accedido a los servicios de salud en sus lugares de origen, posiblemente por encontrarse viviendo en zonas en donde el acceso a los servicios de salud resultaba difícil o por el desconocimiento que tenían del funcionamiento y dinámica del SGSSS (*"son personas que están en el campo y el acceso a la salud que tuvieron pudo ser muy limitado... la verdad es que no hay un conocimiento así de la salud ni de los servicios que se les puede prestar"*) (PS 21); (*"generalmente son personas que vienen del campo, que tienen poco acceso a la salud y pues vienen acá a una ciudad muy grande, con muchos hospitales, pero la verdad que es muy poca la información que tienen"*) (PS 1).

Finalmente, algunos entrevistados atribuyeron el desconocimiento de los usuarios, a la desorientación y confusión que genera el desplazamiento y a las dificultades que tienen para la adaptación a un nuevo entorno que le es totalmente desconocido (*"ellos llegan muy perdidos porque claro son personas que no conocen el sector...buscan el sitio que les quede mas cercano"*) (PS 18); (*"a veces uno nota que llegan muy desorientados, no conocen la ciudad y adicional a ello con todo el trauma que traen por el desplazamiento"*) (PS 13).

#### **5.4.3.2 Actitud de los usuarios ante los servicios de salud**

En relación con la actitud que tienen los desplazados ante los servicios de salud, se encontraron respuestas opuestas. Para una parte de los profesionales de la salud, las personas desplazadas llegan a las ESE con una actitud agresiva exigiendo prioridad en relación con la atención de sus necesidades en salud, sin reconocer los procedimientos que han sido establecidos para ello (*"ellos llegan muy agresivos, entonces se quieren pasar las filas, quieren ser los primeros en ser atendidos"*) (PS 18); (*"ante los problemas que ellos presentan la respuesta es la agresividad"*) (PS 22); (*"a veces el paciente nos dice soy desplazado y me tienen que dar absolutamente todo, tienen que atenderme ya porque yo soy desplazado"*) (PS16).

No obstante, la mayor parte de los entrevistados considera que la población desplazada, como consecuencia de la situación por la que atraviesan, son personas muy temerosas, inseguras y con una actitud conformista ante la atención que se les proporcione (“*son personas como muy temerosas, de pronto por el mismo estigma social, que le han ido creando la gente al desplazado*”) (PS1); (“*realmente los desplazados vienen y aceptan lo que uno les dice, de pronto lo toman con mayor agrado*”) (PS 15); (“*ellos nunca ponen problemas ni objetan nada, ellos son muy juiciosos*”) (PA 20); (“*para la población lo que le importa es que la atendamos, les decimos no hay camas que les toca en una silla y le dicen a uno “bueno lo importante es que me atiendan”*”) (PS 10).

#### **5.4.3.3 Necesidades de atención en salud de la población desplazada**

En relación con las necesidades de atención en salud de la población desplazada, los entrevistados describieron por una parte los propósitos que incentivan el uso de los servicios de salud y por otra, los principales problemas de salud que han evidenciado en ésta población.

##### **Propósitos de utilización de los servicios de salud**

Los profesionales de la salud consideran que la gran mayoría de usuarios desplazados, asisten a las ESE con un propósito netamente curativo ante las afecciones que padecen, existiendo poco interés o en ocasiones desconocimiento hacia los programas que cumplen objetivos preventivos (“*ellos no recurren al médico a excepción de que ya realmente estén completamente enfermos*”) (PS 12); (“*la mayoría vienen porque están enfermos, porque se sintió mal*”) (PS 24); (“*el paciente viene es por su medicina curativa para que le resuelvan el problema en el momento*”) (PS 9); (“*a urgencias es a lo que más asisten, es decir no están utilizando bien los servicios de promoción y prevención*”) (PS 22).

En opinión de los profesionales de la salud la mayor parte de los usuarios desplazados son poco receptivos a las acciones de promoción y prevención que desarrollan las ESE de I nivel, situación que es atribuida a la influencia de las creencias populares y a los estilos de vida que han tenido desde sus lugares de origen (“*a ellos no les gusta que uno les haga promoción y prevención*”) (PS 9); (“*educar a una persona es difícil, ellos dicen “yo tengo 40 años, yo se como llevo mi vida, yo he sacado tres hijos adelante, yo miraré como saco al resto”*”) (PS 15); (“*la gente no responde, no llegan embarazadas para un curso psicoprofiláctico, ellas le dicen a uno “si yo tuve todos los niños en la casa y no tuve que ir al médico entonces para mí esos*

*cursos nada que ver") (PS 22); ("ellos no ven la importancia de los programas educativos") (PS 10).*

Los entrevistados encuentran con frecuencia que muchos de los usuarios asisten a las instituciones de salud, cuando ya han agotado otro tipo de recursos para dar respuesta a sus problemas de salud y han evidenciando que sus resultados no son satisfactorios (*"cuando se ponen en las manos de una institución médica es porque no han tenido el efecto que ellos han querido y admiten que necesitan la medicina tradicional"*) (PS 23); (*"cuando sienten que de pronto todo lo que han hecho nos les ha servido, deciden consultar a los centros de salud"*) (PS 12), (*"muchas veces tienden más a hacer el remedio casero o llevarlo a la droguería antes de traer el niño, pues muchas veces cuando llegan, llegan en estados bastante complicados"*) (PS 14), situación que en otros casos está influenciada por el poco acceso que han tenido a los servicios de salud en las zonas rurales del país, lo que les ha obligado a buscar otro tipo de solución a sus necesidades de salud (*"si vienen de un sitio que no es tan rural, entonces el acceso a los servicios de salud es más notorio y hay más asistencia a los servicios de salud que cuando es una población eminentemente de tipo rural, ya que ellos acuden a otras partes que no es el centro de salud"*) (PS 23).

### **Principales problemas de salud de la población desplazada**

Hubo acuerdo en todos los entrevistados en que los desplazados son una población muy vulnerable al desarrollo de diversas enfermedades, que están mediadas en muchos casos, por sus actuales condiciones de vida. En general, las patologías que con mayor frecuencia evidencian en la población desplazada son las relacionados con la alimentación, los problemas psicológicos, las enfermedades infecciosas, los problemas odontológicos, el embarazo en la mujer y las enfermedades de tipo degenerativo.

#### **Problemas relacionados con la alimentación**

Las dificultades relacionadas con la baja ingesta alimenticia y los cambios en los hábitos nutricionales, son uno de los principales problemas que evidencian los profesionales de la salud en las personas desplazadas. No obstante, la mayor presentación se encuentra en la población infantil, que asocian con anemia y bajo peso, en tanto que en el adulto evidencian de manera primordial trastornos de tipo ácido pépticos (*"desnutrición, anemia, es lo que más se ve en éste tipo de población"*) (PS 18); (*"la población desplazada no tiene suficiente*

*alimentación por consiguiente empiezan a entrar en estados de desnutrición”) (PS 14); (“en los niños se ve mucha desnutrición y mucha anemia”) (PS 15); (“en los niños se nota mucha desnutrición por el bajo peso”) (PS 21), (“en los adultos uno ve enfermedades ácido pépticas, yo me imagino que por la deficiencia en la alimentación”) (PS 9).*

### Problemas psicológicos

Como consecuencia de las circunstancias vividas durante el desplazamiento y su posterior asentamiento en la ciudad, los profesionales de la salud consideran que la población desplazada, tiene un alto compromiso de su salud mental, que repercute en sus dinámicas de integración social (“*esas personas tienen mucho mas daño psicológico que cualquier otra cosa*”) (PA 20); (“*es imposible solicitarle a un desplazado que se integre a la sociedad cuando no cuenta con las condiciones idóneas para ello, y cuando su estabilidad emocional se encuentra tan comprometida*”) (PS 16).

En opinión de una gran parte de los entrevistados, el compromiso de la salud mental es uno de los problemas que afecta a muchas de las personas que han sido víctimas del desplazamiento forzado y que manifiestan con estrés, depresiones, angustia y cambios en el comportamiento y que afectan tanto a la población adulta como la infantil. A nivel de los niños y los jóvenes, los profesionales de la salud encuentran con frecuencia algunos cambios comportamentales, estrés y problemas del aprendizaje que están directamente relacionados con el compromiso que ha generado el desplazamiento sobre su salud mental (“*hay niños que llegan con mucho estrés, que requieren un manejo especializado por psicología o psiquiatría*”) (PS 15); (“*los jóvenes son aparentemente muy sanos pero tienen problemas que están relacionados con su salud mental*”) (PS2), (“*uno de los problemas frecuentes en los niños y jóvenes son los cambios comportamentales y los problemas de aprendizaje, que muchas veces los asumen como deserción escolar por otras causas y no como consecuencia directa del desplazamiento*”) (PS 16).

A nivel de la población adulta, la angustia, la depresión, el dolor muscular, las cefaleas y la tensión, son cuadros que también son percibidos como una manifestación del impacto del desplazamiento sobre la salud mental de los individuos (“*en los adultos se reporta muchísimo los problemas de salud mental, son frecuentes las depresiones, la angustia*”) (PA 5); (“*las mujeres consultan por dolores musculares, espasmos musculares por el estrés*”) (PS15); (“*en*

*la población adulta vienen muchos casos de personas con problemas de tensión, con secuelas de problemas psicológicos, que dan por las secuelas del desplazamiento” (PS 21); (“en el adulto vemos estados depresivos y cuadros de cefaleas tensionales, causados por producto del estrés y el cambio tan abrupto de sus condiciones de vida” (PS 14).*

#### Problemas infecciosos

Las condiciones medioambientales, asociadas al hacinamiento, la pobreza y al inadecuado manejo de las basuras y del control del agua, se constituyen en opinión de los entrevistados en factores que favorecen el desarrollo de problemas infecciosos, como son el parasitismo intestinal, los problemas de piel y las afecciones de tipo *respiratorio* (“*se evidencian muchas enfermedades infecciosas de la piel*”) (PS 23); (“*en los pacientes desplazados se ve mucho parasitismo*”) (PS 18); (“*al no tener unas adecuadas condiciones de aseo se ve mucha IRA y EDA en los niños*”) (PS15); (“*el problema de infecciones respiratorias altas es mas que todo en los niños*”) (PS 21); (“*generalmente traen a los niños por IRA y por EDA*”) (PS15); (“*en niños lo frecuente son las enfermedades infectocontagiosas, la IRA neumónica, EDA y las enfermedades eruptivas*”) (PS 13).

#### Problemas odontológicos

Para los profesionales de la salud, los inadecuados hábitos de higiene oral en la población desplazada, son una de las principales causas que conllevan a afecciones odontológicas de distinto nivel, evidenciando que muchos pacientes llegan a las instituciones con un índice de caries muy elevado que les conduce a la pérdida de piezas dentales (“*los cuidados de salud oral son muy malos*”) (PS 8); (“*en el campo, les queda muy difícil llegar a un servicio odontológico, entonces tienen un índice de caries muy alto y ya llegan es por caso de pérdida de dientes, restos radiculares, dientes partidos que ya no son restaurables de ninguna manera*”) (PS 17); (“*generalmente llegan con caries muy grandes, donde el diente ya no es rehabilitable*”) (PS 18).

#### Embarazo

Los embarazos en edades muy tempranas fue en opinión de la mayoría de los entrevistados, el principal problema que están evidenciando en los adolescentes, que asocian directamente al

bajo nivel de educación sexual y reproductiva que tiene ésta población (“*en el adolescente yo pienso que ahoritica un problema bastante importante es el embarazo precoz*”) (PS 14); (“*estamos teniendo gestantes muy chiquitas, adolescentes, muy niñas*”) (PS 12); (“*hay muchos casos de gestantes menores de 17 años que incluso ya han tenido hijos y es que su conocimiento de salud sexual y reproductiva es muy bajo*”) (PS 11). De igual manera, los profesionales de la salud, encuentran que la mujer adulta generalmente es multípara y consulta a los servicios de salud cuando se encuentra en avanzado estado de gestación, ya que muchas de ellas nunca habían asistido a controles para su embarazo (“*encuentra uno mucho mujeres multíparas que vienen nuevamente en embarazo*”) (PS 4); (“*hay mujeres que nunca han tenido un seguimiento a su embarazo y vienen a consultar los procedimientos para el parto*”) (PS 11).

#### Enfermedades crónicas

Otros de los problemas que fueron evidenciados por los profesionales de la salud en la población adulta que asiste a sus servicios lo constituyeron las enfermedades crónicas. Entre las que destacaron como las mas significativas se encontraron las de tipo músculo esquelético, cardiovascular, metabólico y respiratorio (“*hay muchos abuelos con artritis, otros tienen problemas respiratorios por la altura de Bogotá*”) (PS2); (“*el adulto mayor nos está llegando con enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas*”) (PS 13); (“*los abuelitos por lo general vienen a consulta por reumatismo, enfermedad cerebrovascular o insuficiencia renal crónica*”) (PS3), (“*en los mayores de 45 años, encuentra uno básicamente hipertensión y diabetes*”) (PS 12).

#### **5.4.4 Opinión de los profesionales de la salud sobre estrategias para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud**

Al abordar con los profesionales de la salud posibles estrategias que conduzcan al mejoramiento del acceso de la población desplazada a los servicios de salud, las respuestas se centraron en acciones que deben ser desarrolladas desde las instancias gubernamentales y las ESE como son las de favorecer una mayor divulgación de las políticas tanto a los prestadores de servicios como a las personas desplazadas, favorecer la participación de los usuarios en programas de educación en salud y establecer mecanismos para la identificación oportuna del desplazado.

- **Mayor divulgación de las políticas**

Los entrevistados consideraron la necesidad de efectuar una mayor divulgación tanto a los prestadores de los servicios como a las personas desplazadas sobre las políticas de atención en salud que han sido diseñadas para éstos colectivos, dado el desconocimiento que evidencian en todas las instancias (“*la información debe ser mas generalizada que nos la dieran así como se la dan a los informadores y cajeros nos la dieran a todos*”) (PS 22); (“*sería importante hacer mayor divulgación de las políticas para que ellos conozcan a que tienen acceso y que beneficios tienen*”) (PS 15); (“*yo pienso que la principal medida es darle a conocer a ellos a lo que tienen derecho en cuestión de salud*”) (PS 21).

- **Desarrollar mayores programas de educación en salud**

Los profesionales de la salud, consideran que es necesario fortalecer la educación en salud en la población desplazada, salud a través de una mayor participación en los programas de promoción y prevención, (“*se requiere fortalecer la educación en salud. Es la única forma para que las personas participen activamente en el cuidado de su salud*”) (PS15); (“*los usuarios tienen que tomar conciencia de la importancia de la promoción y prevención y la estrategia para ello son los programas de educación en salud*”) (PS 13).

- **Identificación oportuna del desplazado**

Los profesionales de la salud consideran que sería conveniente establecer mecanismos para la identificación oportuna de la población desplazada a nivel de las localidades, de tal manera que se pudieran adelantar acciones concretas con éstos colectivos como ocurre con otros grupos vulnerables (“*sería bueno lograr identificar de pronto la población desplazada de la localidad y poder saber que tanta población desplazada existe así como se identifica a la población discapacitada*”) (PS 8); (“*se supone que nuestras localidades son altamente receptoras de población desplazada, pero sería importante llevar a cabo su identificación precoz y trazar acciones específicas para su manejo, desde los diferentes sectores*”) (PS 14).

## **5.5 Visión de los desplazados del acceso a las ESE**

Se describe el punto de vista de la población desplazada en relación con las políticas que han sido diseñadas para la atención, así como su apreciación sobre los factores institucionales y

las características de los usuarios que inciden en el acceso a los servicios de salud. De igual manera se enuncian las principales estrategias de mejoramiento que éste colectivo sugirió en relación con el acceso a las ESE.

### **5.5.1 Opinión de los desplazados sobre la política que ha sido diseñada para su atención**

La población desplazada, centró sus apreciaciones en las dificultades que han evidenciado en la implementación de las políticas a nivel institucional, enunciando como las más significativas: los problemas ante las instancias gubernamentales para el reconocimiento de la condición de desplazados, la restricción para la atención integral en salud y las dificultades para la afiliación al SGSSS.

#### **5.5.1.1 Dificultades para el reconocimiento de la condición de desplazado**

La existencia de un alto número de trámites para el reconocimiento de la condición de desplazados, se constituyó en opinión de la mayoría de los entrevistados, en una de las principales limitantes para acceder a los beneficios de la política, (*“la ley 387 que fue de las primeras que salió, exige una serie de trámites, que lo obligan a uno a ir de uno de un lado para otro, para poder hacer la declaración... y eso es una cantidad de tramitología impresionante y uno ve que muchísima gente desiste de eso, llegan y se encuentran tan enredados que concluyen diciendo mejor yo no vuelvo”*) (D8), (*“las leyes lo que hacen es ponerle a uno mas trabas, yo tuve muchos problemas con lo de la declaración”*) (D11); (*“uno se desmotiva muchísimo pues lo ponen a voltear por todas partes, a mi me demoraron casi cuatro meses para verificar que yo realmente era desplazado y mientras tanto uno queda varado porque es una de las épocas en que uno más necesita de atención”*) (D 2).

Algunos entrevistados pertenecientes a organizaciones de desplazados, consideraron que ha existido una política restrictiva para la inscripción y reconocimiento de los beneficiarios ante el SUR de la Red de Solidaridad Social, dado el amplio número de personas a quienes se les ha rechazado su solicitud (*“el problema es que están rechazando mucho personal, esto con el objetivo de decir que la población en situación de desplazamiento ha rebajado y es que hay cualquier cantidad de gente rechazada”*) (D2); (*“las políticas no definen muy bien los criterios para identificar a los desplazados, porque uno no se explica, porque hay tanto rechazo en las solicitudes”*) (D7).

### 5.5.1.2 Restricciones para la atención integral en salud

Una parte de los entrevistados<sup>5</sup> consideró que circunscribir la atención en salud a eventos derivados del desplazamiento, restringe la calidad de la atención y la posibilidad de un manejo integral, en la medida en que desconoce las necesidades de atención en salud que tienen éstos colectivos (“*cuando uno está acá en la ciudad, uno se enferma como cualquier persona, a uno le dan gripes, tiene uno problemas con el azúcar, con la tensión, sin embargo, las leyes dicen que eso no lo provocó el desplazamiento, entonces la verdad, yo no sé de que se tiene uno que enfermar para que lo atiendan*”) (D19); (“*la calidad tiene que ver con la atención integral, con la medicina, con la droga, que es lo que esencialmente el enfermo necesita, para poderse recuperar, pero eso es lo que no se está viendo, las políticas en ese sentido restringen toda posibilidad para que uno se mejore*”) (D9);

Algunos de los entrevistados, consideraron que los contenidos de las políticas de atención en salud para la población desplazada, están en contraposición con los principios fundamentales de la Ley 100 de Seguridad Social, entre ellos el de integralidad (“*el Decreto 2131 limita la atención integral a la población, colocándole unos parámetros que de aquí hasta aquí podemos cubrir*”) (D10); (“*con las nuevas leyes...no se tiene derecho sino solamente a algunas cosas, no permite tener una buena atención como lo plantea la Ley 100 que debe ser integral*”) (D19); (“*como puede el gobierno hablar de integralidad, si ni siquiera podemos enfermarnos de otra cosa que no sea producto del desplazamiento*”) (D4).

En cuanto a restricciones evidenciadas para la atención integral en salud<sup>6</sup>, algunos desplazados pertenecientes a organizaciones comunitarias, hicieron referencia a las exclusiones en la atención de ciertos problemas odontológicos, así como de las alteraciones del sueño; situaciones que desde su perspectiva son muy frecuentes en la población desplazada (“*ese nuevo decreto no autoriza esa parte de odontología...únicamente atención en fracción de un diente o algo así, pero prótesis ni nada, algo así como una operación no la cubre*”) (D9); (“*nos parece muy complicado que dentro de ese nuevo decreto se desconozca por ejemplo la atención psicológica... que propongan como no atención el tema del insomnio...si ese es parte de los problemas que acarrea el desplazamiento forzoso, el insomnio y de ahí nacen muchísimas enfermedades como ese estrés postraumático que la*

---

<sup>5</sup> Entrevistados durante el tiempo de vigencia de la Circular 042 de 2002.

*población tiene y ellos están desconociéndolo, nos están negando este tipo de atención”*) (D8).

No obstante, la mayor parte de los entrevistados expresó que las ESE de primer nivel, nunca les ha negado la atención en los servicios de urgencias, contrario a lo que ha sucedido en otras instituciones de mayor nivel de complejidad, en donde evidencian mayores restricciones para el acceso a diversos tipos de servicios (“*yo he sabido que donde nunca nos han negado la atención por urgencias, han sido acá en los hospitales pequeños*”) (D24); (“*nosotros acudimos mas que todo a los centros de salud cercanos, ya que en los hospitales al comienzo nos rechazaron y para que, pero en el centro de salud, se condolieron de nosotros y bregaron para ver como nos atendían aunque fuera por urgencias*”) (D19).

#### **5.5.1.3 Dificultades en los procesos de afiliación al SGSSS**

Una parte de los entrevistados, describió las dificultades que se han presentado para el reconocimiento de las afiliaciones que tenían en sus lugares de origen al SGSSS. Situación que fue atribuida al carácter regional de algunas entidades de aseguramiento y a los problemas que presentan los sistemas de información que manejan las ESE (“*yo estuve afiliado en mi pueblo a Cafesalud y se supone que ahora podía hacer el traspaso acá en Bogotá, pero me dicen que no aparezco en la base de datos y que debo volver a hacer todos los trámites*”) (D11); (“*en la alcaldía de Villavicencio nos dieron los carnets para todos nosotros, pero como eso es departamental, nos dijeron que acá no servía y que debíamos afiliarnos otra vez*”) (D3).

Otros desplazados que se encontraban inscritos ante el SUR y que habían elegido sus entidades de aseguramiento, expresaron que les fue negada su afiliación al SGSSS, no siendo claros los criterios para su exclusión. Situación que desde su punto de vista, les ha limitado la posibilidad de acceder a los servicios de salud en la ciudad (“*uno sabe de muchos casos de compañeros que fueron a las jornadas de afiliación y ahora les salieron con el cuento de que no aparecen en las bases de datos y que deben empezar de nuevo con todos los trámites*”) (D7), (“*las leyes dicen que tenemos prioridad para que nos afilien a las ARS, pero a la hora de la verdad, no hay claridad en por qué a unos si los aceptan y a otros no y el problema de la salud sigue quedando ahí en el tintero*”) (D3); (“*yo elegí como ARS Salud Total y ahí me*

---

<sup>6</sup> Las opiniones de los entrevistados hacían referencia a las disposiciones del Decreto 2131 de 2003.

*dijeron que en un plazo máximo de 3 meses le entregan a uno los carnets y se cumplió el tiempo y voy ya para cinco meses y ahora que fui me dijeron que no fui aceptado...me dijeron que ahora me tocaba volver a ir a la Secretaría de Salud a volverme a afiliar, pero en realidad no me dijeron cuáles habían sido los motivos") (D24).*

Otros entrevistados hicieron referencia a la demora que se ha presentado en la entrega de los carnets de afiliación por parte de las entidades de aseguramiento, dado que los carnets que han sido otorgados de manera provisional sólo les permite acceder a los servicios de urgencias (“*eso no es así tampoco que usted vaya y que le den de una vez la afiliación, usted tiene que esperarse un resto de tiempo para que le salga el carnet*”) (D2); (“*pues yo tuve problemas, para que me dieran el carnet, porque se me demoró como cuatro meses y mientras tanto no pude ser atendido en los hospitales sino exclusivamente por urgencias*”) (D10), (“*cuando me afilie a la ARS me dieron un carnet provisional que solo podía utilizar en casos de urgencias...fueron casi tres meses en los que no pude asistir a ninguno de los servicios del centro de salud a no ser que pagara*”) (D6).

### **5.5.2 Opinión de los desplazados sobre los factores institucionales que inciden en el acceso a los servicios de salud**

Las personas desplazadas, describieron una serie de factores de las instituciones que influyen en su acceso a los servicios de salud. Algunos de ellos fueron atribuidos a la organización interna que tienen las ESE, como los trámites para la atención, los tiempos de espera, la adecuación de los horarios para la atención y la información proporcionada a los usuarios. En tanto que otros, como la restricción en la prestación de los servicios de salud, están muy relacionados con el cumplimiento de las disposiciones gubernamentales.

#### **5.5.2.1 Acceso geográfico de las ESE**

Hubo acuerdo en las respuestas de la mayoría de los entrevistados, que los barrios aledaños a las ESE, se caracterizan por presentar altos niveles de inseguridad, que unido al poco número de centros que ofrecen los servicios de urgencias durante las 24 horas, dificulta el acceso a las ESE principalmente en los horarios nocturnos (“*llegar a la casa es imposible después de determinadas horas, entonces imagínese el problema para ir de noche a un hospital, no se puede, o se muere uno de la enfermedad o de una puñalada en el camino*”) (D21); (“*éste barrio es muy peligroso, hay mucha delincuencia, en las noches se escuchan tiros y uno es*

*penando de que no se le vaya a presentar una emergencia en la noche para no tener que salir") (D19); ("el problema es que el servicio de 24 horas sólo lo ofrece el Cami y no nos queda fácil llegar allí por las noches, por los problemas de inseguridad") (D21).*

Otra de las dificultades que en opinión de los entrevistados, limita su acceso a los servicios de salud, es la dispersión de los centros y el suministro de medicamentos en diversos sectores de una misma localidad y en algunas ocasiones fuera de ella, encontrando que en ocasiones los sitios asignados se encuentran distantes de sus lugares de vivienda ("yo no se por qué a uno lo atienden en un lado y lo ponen a voltear para ir por la droga al otro extremo") (D22); ("realmente nos toca atravesarnos la ciudad de un lado a otro, primero nos asignan un hospital.. y después nos dicen – para éste examen váyase para éste otro hospital, porque acá no se lo podemos hacer") (D28); ("cuando le dan la remisión del centro al otro hospital, resulta que uno no tiene ni idea donde queda ese hospital y generalmente no queda tan cerca") (D6); ("me dio duro la llegada al otro hospital a donde me mandaron, pues como uno no conoce la ciudad ni nada, para ir de un sitio a otro se pierde uno de tanto andar y además las distancias son muy lejanas") (D17).

#### **5.5.2.2 Disponibilidad de horarios para la atención.**

Al solicitar a los entrevistados su opinión sobre la disponibilidad de horarios para la prestación de los servicios de salud en las ESE, se encontró que si bien muchos de ellos, se adaptan a los horarios diurnos, la gran mayoría expresó las dificultades que encuentran para la atención en las franjas nocturnas ("los puestos de salud que funcionan aquí, solamente funcionan en las horas del día, en horas hábiles y el único que funciona las 24 horas tengo entendido que es el hospital mamá, entonces no es fácil llegar allá por las noches") (D8).

No obstante para la mayor parte de los entrevistados, la disponibilidad de horarios para la atención pasa a un plano secundario, en la medida en que prima la necesidad de ser atendidos ("a uno generalmente lo atienden en el día y mientras haya atención, el horario no importa") (D15); ("pues yo no lo veo problema a los horarios que son como de 7 de la mañana a 4 o 5 de la tarde, uno busca la forma de adaptarse a las horas en que le pongan la cita") (D7).

#### **5.5.2.3 Adecuación de los tiempos de espera**

Mientras algunos desplazados, expresaron que los tiempos de espera para la asignación de las citas médicas por consulta externa, habían mejorado en algunas instituciones ("eso se ha

*mejorado muchísimo, las citas de consulta externa, si las dan de un día para otro, la pide uno hoy y le dicen venga mañana a tal hora” (D23); la gran mayoría consideró que una de las principales dificultades que se presentan para dar una respuesta oportuna a sus problemas de salud, lo constituyen los tiempos de espera para la atención, que oscilan entre los 8 y 20 días. Situación que empeora cuando son remitidos para atención especializada, dado que dichos servicios no son ofrecidos por los centros a donde generalmente acuden para su atención (“uno llega a las 6:00 de la mañana y si alcanzó ficha bien y si no, se la dan para dentro de 15 días, 20 días, un mes”) (D12), (“el acceder a las especialidades es muy complicado, uno la pide pero eso siempre le están diciendo que como la atención no depende de ellos sino que hay que hacerlo en otro hospital hay que esperar hasta cuando ellos tengan turno y en eso se le puede ir a uno hasta tres meses”) (D21); (“yo tuve que ir a un especialista y hay que pedir la cita por ahí para cuatro meses, porque a ese hospital le llega mucho paciente, ¿entonces cómo hace uno para mejorarse pronto?”) (D26); (“yo fui a pedir la cita médica y me dijeron que la mas cercana era para dentro de 8 días y a mi me toco recurrir a otra parte a un consultorio particular, entonces que calidad en la atención es esa?”) (D10).*

Por otra parte, para algunos de los entrevistados, los tiempos de espera en las filas destinadas para la facturación de los servicios o para la solicitud de las citas, conlleva dificultades principalmente para las personas de edad avanzada o para aquellos que requieren algún tipo de asistencia, ya que no se efectúa un trato preferencial ante éste tipo de situación (“hay personas que son de muy avanzada edad, muy enfermitos, sin embargo les toca hacer cola y les toca esperar mucho tiempo”) (D9), (“desafortunadamente las filas son muy largas y no se hace discriminación por edad o por su situación”) (D27).

En el caso de unos pocos usuarios que lograron vincularse a una actividad laboral, el exceso de trámites para la atención unido a los tiempos de espera que deben destinarse para la atención, se convierten en los principales factores que limitan su asistencia a los servicios de salud (“acá es perder todo un día, pues te vas y hay que hacer una cola pa que ingreses allá, otra cola pa reclamar la droga, todo es así y yo no tengo tiempo por el trabajo para estar haciendo todas esas vueltas”) (D24); (“para toda consulta hay que tener un resto de tiempo disponible. Si voy a mandarme a curar una muela, me toca una semana completa perder el tiempo y tiempo no hay con ésta situación para estarlo perdiendo. A mi me tocan muchas obligaciones y tengo que trabajar”) (D27).

#### 5.5.2.4 *Información proporcionada por las instituciones*

En relación con la información proporcionada por las instituciones a los usuarios en condición de desplazamiento sobre el alcance de las políticas o sus derechos en salud, emergieron respuestas opuestas. Si bien algunos entrevistados, hicieron referencia a que las instituciones les han proporcionado información tanto a nivel de las políticas como de los procesos de afiliación al SGSSS, la gran mayoría, describió las dificultades que han evidenciado para la obtención de información.

En el primer grupo, unos entrevistados describieron que la Red de Solidaridad Social, desde las Unidades de Atención y Orientación, ha desarrollado talleres con la población desplazada, en donde les han informado sobre sus principales derechos y deberes en salud, así como de los procedimientos para la atención (*“allá en la Red, lo citan a uno y hay talleres y todo, si uno quiere asistir, uno va por allá, ahí le explican, yo obtuve toda la información que necesitaba en las Unidades de Atención, sobre cuáles eran mis derechos en salud y que tenía que hacer para que me atendieran”*) (D2).

Algunos desplazados que lograron su afiliación al régimen subsidiado, manifestaron que tuvieron conocimiento del proceso, a través de las campañas emitidas por el gobierno nacional en los medios de comunicación, así como por la información proporcionada por algunas ESE (*“nosotros escuchamos por la radio y salió un boletín por televisión que ya la carta no servía y tenía que irse a carnetizar en una ARS”*) (D 23); (*“en el hospital me dijeron que fuera a una jornada que iba a hacerse en agosto para que eligiéramos una ARS y pues allá había una cantidad de personas que estaban diciendo las ventajas que tenían”*) (D17).

Con respecto al segundo grupo de entrevistados, muchos de ellos manifestaron que las instituciones han tenido un pobre papel en la divulgación de las políticas gubernamentales, que atribuyeron al bajo conocimiento que tienen los prestadores de los servicios de los alcances y contenidos de las políticas (*“pues si no saben las instituciones que están diseñando estas políticas pues mucho menos van a saber transmitírnosla a nosotros”*) (D8), (*“uno pregunta algo en el hospital y nadie le sabe responder o le responde cualquier cosita porque no saben tampoco”*) (D6); (*“no había buena orientación en el hospital eso si hay que decirlo que no ha habido muy buena información, aún ni los mismos empleados de ahí estaban enterados como era la atención con gente que venía de otra parte”*) (D 16); (*“de pronto había un cajero que no sabía mucho de los procedimientos, y nos puso a voltear de un lado*

*para otro, porque la información que nos dio no fue la adecuada” (D1); (“yo vi en un hospital una cajera que tenía la obligación de comunicarle a uno toda la información, pero esa señora no sabía ni en donde estaba parada”) (D27).*

Otros de los entrevistados, argumentaron que en algunas instituciones, existe una muy baja e incluso nula difusión de las políticas de atención en salud para la población desplazada (“*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*”) (D17); (“*no es que en los hospitales le digan a uno -“mire ésto es a lo que usted tiene derecho”-, eso a ellos no les interesa, porque nos hemos vuelto una carga para las instituciones*”) (D21).

#### **5.5.2.5 Restricción en la prestación de los servicios de salud**

La gran mayoría de las personas que no se encontraban afiliadas al SGSSS<sup>7</sup>, describieron que las instituciones restringieron en varias oportunidades la atención por consulta externa e incluso en algunos ocasiones les negaron la atención, argumentando que sólo tenían autorizada la prestación de servicios de salud a eventos provocados por el desplazamiento (“*no hemos podido utilizar los servicios, porque nos dijeron que ahí en la carta decía que solo nos podían atender por urgencias*”) (D19); (“*ellos me dijeron que antes si estaban atendiendo con esa carta, pero que les habían avisado que ya no atendieran mas*”) (D9); (“*nos dijeron que nos atendían, siempre y cuando lo que teníamos fuera producto del desplazamiento, no por enfermedades que trajéramos desde antes*”) (D4).

Por otra parte, una gran mayoría de las personas que no contaban con afiliación al SGSSS, manifestaron las dificultades que se han presentado para el suministro de medicamentos, lo que les ha obligado a adquirirlos de manera particular, dado que no son cubiertos por las ESE (“*además de pagar el porcentaje que exigen por la consulta médica, nos dijeron que no nos podían dar la droga, que esa la teníamos que conseguir por nuestra cuenta*”) (D4); (“*los medicamentos nos tocó comprarlos pues en el hospital no los proporcionan*”) (D3).

Una gran parte de los desplazados afiliados al régimen subsidiado, describieron como deficiente tanto en calidad como en cantidad el suministro de medicamentos. Situación que

---

<sup>7</sup> La mayoría fueron entrevistadas durante el periodo de vigencia de la Circular 042 de 2002

atribuyen a las restricciones establecidas por el POS y al stock insuficiente que tienen las instituciones para dar cubrimiento a sus necesidades de atención (“*encuentra uno mucha gente en estados muy críticos, con problemas de salud muy delicados que al estar con el régimen subsidiado entonces no lo cubren y andan con la formula para arriba y para abajo mirando a ver quien los puede ayudar*”) (D8); (“*lo han visto, lo han atendido, pero no le han dado la droga, porque no la ha habido*”) (D18); (“*siempre le dicen a uno que eso no está incluido en el POS y prácticamente se queda uno con las fórmulas*”) (D17).

Finalmente, otros entrevistados, refirieron dificultades para la autorización de ciertos procedimientos diagnósticos, ya que en su concepto, las instituciones se circunscriben a las pruebas que están incluidas dentro del POS, teniendo los usuarios en muchos casos que asumir los costos de éstos servicios a nivel particular (“*aquí la mayor parte de las exigencias que le hacen los médicos como ir a un examen de laboratorio, nos ha tocado por cuenta de nosotros, incluso en muchos casos el examen de electrocardiograma ha sido por cuenta mía, porque según ellos, eso no lo cubre*”) (D9). Algunos entrevistados han tenido dificultades para que les sean practicadas ciertas pruebas diagnósticas, dado que en algunas instituciones no cuentan con los suficientes recursos de infraestructura para ello (“*con un examen que habían ordenado para el hospital de Kennedy, la señora nos dice nosotros no tenemos esos reactivos. Ese examen no se está haciendo, entonces tiene que ir a que le autoricen el examen en otro sitio. Y fue volver a empezar con esa documentación y volver a hacer toda la tramitología*”) (D22).

#### **5.5.2.6 Atención proporcionada por el personal de las ESE**

En relación con la interacción que se establece con los prestadores de servicios, emergieron dos tipos de respuesta: mientras un primer grupo, manifestó que la relación que se ha establecido ha sido adecuada y han recibido una atención oportuna; un segundo grupo, describió algunas dificultades en la relación que establecen con los prestadores de servicios, con situaciones de marginación y poca colaboración.

El primer grupo de entrevistados destacó la calidad de la atención que han recibido, que reflejan en gran medida en la igualdad del trato proporcionado, así como en la oportunidad de la atención (“*en el momento en el que lo necesité, pues a mi me dieron buena atención pa’ que, en el Hospital, me atendieron muy bien*”) (D16); (“*ha sido excelente la atención, yo no tengo que quejarme, yo llevo 2 años y medio y siempre me han atendido bien y nunca tengo*

*que quejarme...nos han atendido bien, nos tratan a todos por igual") (D7); ("el trato si ha sido normal, muy bueno, de todas maneras pues para que, ellos han hecho lo que han podido, los médicos nos atendieron, los exámenes si me toco cubrirllos, pero ellos me atendieron muy bien" ) (D4).*

Por su parte, el segundo grupo de entrevistados, enunció como principales dificultades en la interacción con los prestadores de servicios, las actitudes de discriminación y mal trato, que han recibido de algunas personas del área administrativa (“yo he visto mucho maltrato en algunos cajeros, va uno a preguntar algo y sale regañado”) (D16); (“al desplazado nos desprecian mucho en los hospitales, uno lo siente, porque le dan lo peor a uno, le dan lo mínimo”) (D27), (“yo vi mucha discriminación para el personal desplazado, nos miraban demasiado mal”) (D6); (“hay veces que uno llega a unos centros de salud y siente como ese rechazo, porque lo ven a uno como el gamín, como el delincuente, como el desecharable”) (D8). En otras ocasiones, los desplazados han percibido poca paciencia de los funcionarios para explicar los procedimientos a seguir, desconociendo sus características socioeconómicas (“allá no entienden que si uno tiene dificultades para leer y escribir, pues mucho mas para entenderles lo que le dicen a uno, y en los hospitales la verdad es que no le tienen a uno paciencia”) (D14). Finalmente otro grupo de desplazados, describió insensibilidad por parte de los funcionarios ante su situación, así como actitudes de negligencia ante sus requerimientos de atención (“uno ve mucha insensibilidad en el funcionario, el funcionario si bien tiene la carta en la mano le dice a uno:- si pero eso no es asunto mío, tiene que pasarl otra vez -”) (D21); (“uno ve mucha negligencia en los empleados que lo atienden a uno, pareciera que le quisieran poner mas trabas de las que ya hay”) (D 17).

### **5.5.3 Opinión de los desplazados sobre las características de los usuarios que influyen en el acceso a los servicios de salud**

Se describe la opinión de los desplazados sobre los factores que desde los propios usuarios de los servicios influyen en el acceso a los servicios de salud, destacándose sus condiciones, socioeconómicas y por otra, sus necesidades de atención en salud.

### **5.5.3.1 Aspectos socioeconómicos de la población desplazada**

Los desplazados destacaron que las condiciones económicas, unidas a su nivel educativo y al conocimiento de las políticas de salud, se constituyen en los principales factores que a nivel socioeconómico inciden en el acceso a los servicios de salud.

#### **Situación económica de la población desplazada**

En el discurso de la gran mayoría de los desplazados, las precarias condiciones de vida en la ciudad asociadas a la dificultad para la generación de ingresos, se constituye en el principal factor que les impide satisfacer sus principales necesidades básicas, entre ellas, una vivienda digna, la adquisición de alimentos, la posibilidad de garantizar algún tipo de estudios a los hijos y la asistencia a los servicios de salud (*“en el hospital nos habían sugerido que deberíamos cambiar de vivienda, porque era un espacio muy reducido para tantas personas, pero pues en la situación en la que estamos, es imposible que podamos pagar algo mejor”*) (D19); (*“es difícil encontrar un trabajo, comer, vestirse. Si uno no tiene empleo, no puede uno comprarse sus cosas, ni alimentarse, ni tener salud”*) (D17); (*“uno se desespera de que no haya que comer, no hay para pagarle estudio a los hijos, ni mucho menos para la salud”*) (D18); (*“perdimos una cita y no pudimos ir porque no teníamos para el bus”*) (D14).

Para una gran parte de los entrevistados que no lograron su afiliación al SGSSS, el no contar con ningún tipo de aseguramiento en salud unido a las dificultades económicas por las que atraviesan sus familias, se constituyen en los principales obstáculos para llevar a cabo el pago de las consultas o el valor de las hospitalizaciones (*“yo acudí por el servicio de urgencias con mi esposa para un parto, como no tenía ningún carnet me dijeron si, tranquilo... pero cuando fui a sacarla me dieron la sorpresa que me cobraron \$467.500 pesos y si no los pagaban no me la dejaban sacarla a ella, porque me cobraron porque me la atendieron como particular, porque la carta que tenemos ya no es válida en Bogotá y en ninguna parte. En ese momento no tuve la plata, me tocó dejarla a ella aproximadamente 3 días mas y salir a las calles a pedir plata, desafortunadamente me toco así, no reuní sino \$420.000 pesos inclusive en mi poder tengo el pagaré que me tocó firmar por el saldo de la plata”*) (D1); (*“cuando tuve necesidad de asistir al médico me dijeron que por mi condición no podían atenderme, que si quería lo hiciera como particular, yo les dije que no tenía dinero y la respuesta que me dieron es que saliera a rebuscarme con lo que pudiera”*) (D17).

Desde el punto de vista de las consecuencias que provocan las dificultades económicas para la satisfacción de sus necesidades en salud, los entrevistados hicieron referencia a la imposibilidad para dar cumplimiento a los esquemas terapéuticos que les han sido recomendados, ya que en muchas ocasiones no han podido cubrir la compra de medicamentos, practicarse determinada prueba diagnóstica o incluso asumir los gastos que les puede implicar un procedimiento quirúrgico (*“a veces el médico nos receta una droga y no la conseguimos ahí mismo, entonces muchas veces se queda uno ahí con la fórmula en la mano, o esperar hasta cuando podamos”*) (D9); (*“a mí el médico me dijo que debía sacarme unas radiografías, y esta es la fecha y no me las he podido mandar a sacar, entonces cómo hace uno para alejarse?, si los médicos ni siquiera pueden saber que es lo que tengo”*) (D28); (*“si a nosotros nos toca pagar los remedios o si a ella hay que hacerle esa operación, no se que va a pasar, porque no tenemos dinero para cubrir absolutamente nada”*) (D23).

### **Conocimiento de las políticas de salud**

La gran mayoría de los entrevistados, expresó que desconoce los alcances y contenidos de las políticas de salud en general y más aún las relacionadas con el desplazamiento forzado (*“yo no tengo conocimientos de decretos, no sabía que los desplazados tuviéramos legislación aparte”*) (D24); (*“nosotros no sabíamos que hubieran leyes para los desplazados, ni cómo nos pueden servir para la salud”*) (D18).

Fueron diversas las causas que atribuyeron a su bajo nivel de información. Sin embargo, en cuanto a los factores que se atribuyen directamente a los usuarios, se enunciaron como las más significativas: la falta de motivación personal para la búsqueda de la *información* (*“yo no he hecho el ánimo de informarme de qué leyes existen o de ir cuando hablan de todo eso”*) (D7); la desorientación que genera una nueva vida en la ciudad que asociado a la dificultad para identificar recursos e instituciones les impide efectuar una búsqueda acertada de información (*“uno cuando llega a Bogotá, queda muy desorientado y no tiene uno ni idea de a dónde ir, ni a quien pedirle ayuda, ni quien conozca de los planes del gobierno para con nosotros”*) (D16); y en otras ocasiones, a las precarias condiciones de vida en la ciudad que les imposibilitan asumir los costos de desplazarse para la búsqueda de información (*“yo sé que a veces programan actividades para contarnos de las nuevas leyes, pero si no tengo plata para una consulta mucho menos para pagar los pasajes e irme a enterar de que hay de nuevo para nosotros”*) (D26).

No obstante, algunos entrevistados manifestaron que si tenían conocimiento de algunos de los alcances de las políticas en salud, así como de sus derechos para la atención. Estableciendo que dicho conocimiento lo han adquirido, en gran medida, por el interés que han tenido de interactuar con otros desplazados y compartir sus experiencias de atención (“*poco a poco es que se va enterando uno de las cosas, de las normas, pero es una labor que básicamente le toca a uno con otros compañeros desplazados*”) (D20); (“*entre nosotros mismos como desplazados, nos ha tocado divulgar esas normas, uno se cuenta generalmente sus experiencias*”) (D16); así como de la experiencia que han adquirido en el desarrollo de sus propios trámites para la atención (“*eso a uno le toca ir aprendiendo por su propia cuenta, a medida que va tocando puertas, va aprendiendo uno como deben resolverse las cosas*”) (D7).

### **Nivel educativo de la población**

Algunos desplazados hicieron referencia a que su bajo nivel educativo, les ha dificultado la interacción con los prestadores de los servicios, en la medida en que no entienden el funcionamiento y dinámica del SGSSS, lo que les ha generado algunos inconvenientes al llevar a cabo los trámites para su atención (“*la población desplazada la mayoría somos campesinos que no aprendimos ni siquiera a firmar, a leer y a escribir, y eso nos acarrea muchas dificultades, para todo*”) (D6); (“*la mayoría de la población no sabemos que son las ARS porque venimos del campo, bueno la mayoría no conocemos éste tipo de entidades, las ARS o las IPS, eso nos confunde*”) (D10).

Una de las consecuencias que se desprenden del bajo nivel educativo de la población, son las limitaciones que se presentan para la identificación de recursos y alternativas de solución a sus diversos problemas que se les presentan en la ciudad (“*a uno muchas veces le dicen que hay instituciones que le proporcionan ayuda a los desplazados, pero uno acá no sabe ni a quien se tiene que dirigir*”) (D25); (“*aunque uno quisiera entender como son las cosas en la ciudad le resulta todo muy complicado, a uno le hizo falta un poco mas de estudio*”) (D3); (“*a donde llega le dicen a uno algo y uno no sabe que decir, la falta de estudio repercute mucho*”) (D24).

### **5.5.3.2 Percepción de necesidades de atención en salud de la población desplazada**

La población desplazada describió los propósitos que motivan la búsqueda de los servicios de salud, los requerimientos de atención en salud y finalmente las conductas que adoptan frente a la solución de sus requerimientos de salud.

#### **Propósitos que motivan la búsqueda de los servicios de salud**

En opinión de una gran mayoría de los entrevistados, los servicios de salud deben ser utilizados con un propósito básicamente curativo, buscando dar respuesta a problemas concretos de salud, ya que desde su punto de vista los hospitales deben cumplir con un rol fundamentalmente asistencial (“*cuando nos enfermamos, pues eso si es cuestión de hospital*”) (D11); (“*yo creo que se debe ir, cuando en realidad de verdad uno está enfermo, cuando lo hago es porque ya no puedo mas... porque para qué voy antes?*”) (D17), (“*cuando alguno de nosotros se enferma, pues buscamos el centro de salud o el hospital, porque los hospitales se crearon fue para eso cierto?*”) (D13).

Sólo unos pocos desplazados, refirieron que han asistido a las instituciones para el desarrollo de actividades de promoción y prevención, como han sido las de planificación familiar y en otro caso al programa de seguimiento al niño sano (“*yo procuro asistir a las charlas en donde nos enseñan a como prevenir enfermedades, todo eso de planificación familiar. Eso en realidad es muy importante, porque uno por allá, casi no tenía conocimiento de esas cosas*”) (D13); (“*yo he llevado al niño, para los controles en el programa del niño sano y allá le van orientando a uno en todo lo relacionado con el crecimiento*”) (D14).

No obstante, muchos de los entrevistados manifestaron que su inasistencia a los programas educativos que se desarrollan dentro del marco de la promoción y prevención se debía en gran medida a las dificultades económicas para asistir a las instituciones de salud, debiendo priorizar en el tipo de servicios a los que debían asistir (“*a uno si le dicen de talleres para controlar enfermedades, pero si queda complicado asistir a una consulta mucho más a esas otras actividades, yo procuro asistir a lo que en verdad necesito*”) (D 9); (“*por las dificultades económicas que tenemos, nos toca priorizar a que actividades vamos y a cuáles no, porque aunque no nos toca pagar siempre toca pensar en el transporte*”) (D17); en tanto que en otras ocasiones lo atribuyen al bajo interés que les suscitan dichos programas (“*yo no*

*creo mucho en esas charlas a las que lo invitan a uno... eso me parece a mi como mucha perdedera de tiempo") (D14).*

### **Principales requerimientos de atención en salud**

Dentro de las principales requerimientos de atención en salud que fueron percibidos por la población desplazada se destacaron como los más significativos: la atención médica para el manejo de sus principales problemas de salud, la atención psicológica, el soporte nutricional, así como la prescripción de ayudas ortésicas y protésicas y de medicamentos.

#### **Atención médica para el manejo de los principales problemas de salud**

En opinión de los entrevistados uno de los principales requerimientos de atención en salud que tiene la población desplazada es la atención médica, dada la presencia de sintomatología dolorosa de diversa etiología, los procesos infecciosos, que afectan tanto a la población adulta como a la infantil y el control ginecológico para la mujer.

Desde el punto de vista de la sintomatología dolorosa, una gran parte de los entrevistados hizo referencia a la presencia de “*dolores de cabeza*” y “*jaquecas*”, así como a otro tipo de problemas dolorosos que en gran parte fueron atribuidos a problemas músculo esqueléticos, y que en su concepto se constituyen en una de sus principales necesidades de atención médica (“*hay veces me dan jaquecas, me da desalientos, me duele la cabeza, hay veces estoy que no me puedo levantar, eso es lo que mas me motiva a ir al médico*” ) (D3), (“*tengo mucho dolor en los huesos, aquí en las caderas eso es un dolor tremendo y siento que debo ir al médico porque me ha acosado mucho el dolor*” ) (D12).

Los problemas infecciosos, tanto a nivel dermatológico como del sistema respiratorio, atribuidos a las condiciones medioambientales de los lugares donde reside la población desplazada, fueron otros de los aspectos que en opinión de los entrevistados, requieren de atención por parte de los servicios médicos (“*a nosotros nos dio una especie de rociola, se nos lleno a todos el cuerpo de eso. Yo creo que es debido a las infecciones de donde estamos, pus allí hay mucho humedad*” ) (D9); (“*pues a mi me han salido una serie de granos en el cuerpo, pero yo creo que es piquete de algún animal, porque me toca dormir en el suelo, a mi me gustaría consultar por eso*” ) (D20); (“*los niños más que nada se la pasan con muchas*

*infecciones en la garganta y en los pulmones; me han dicho que es bronconeumonía, a ella la tuvieron hospitalizada por eso” (D10).*

La atención médica especializada para el manejo de los problemas de tipo ginecológico, es otra de las necesidades que fue identificada por un grupo de entrevistadas, ante la presencia de dolor o trastornos en sus ciclos menstruales, así como a la falta de controles ginecológicos de rutina (“*he estado con unos dolores bajitos, pero no he tenido la plata para mandarme a tomar una citología, un chequeo médico...son unos dolores horrendos y honestamente pues me siento mal*”) (D5); (“*vengo con muchas hemorragias, pero hace como un año y medio que no me he podido mandar a tomar una citología*”) (D23) y el seguimiento a su embarazo (“*yo he venido consultando para que me lleven un control del embarazo*”) (D12).

#### Atención psicológica

Una parte de los entrevistados, enunció que una de las principales necesidades de atención que requieren al llegar a la ciudad, es el soporte psicológico, dado el compromiso que sobre la salud mental genera el desplazamiento. En sus respuestas destacaron la importancia del soporte psicosocial para el manejo tanto de los casos individuales como de la familia en general (“*yo pienso que lo primero que uno requiere es atención psicológica*”) (D7); (“*una de las mejores cosas que se puede hacer con la población recién llegada, incluso con los que estamos aquí hace tiempo es la parte psicológica, yo creo que la atención psicosocial juega una papel muy fundamental en las familias*”) (D8); (“*uno a veces está decaído o sea con la autoestima baja, con la moral por el suelo, que ya no quiere hacer nada, uno mismo a veces no sabe que hacer, yo quisiera que me ayudaran para eso, yo creo que la parte psicológica es fundamental para la atención al desplazado*”) (D6).

#### Atención odontológica

Los problemas odontológicos, derivados de una inadecuada higiene oral conlleva en opinión de los entrevistados a la presencia de caries dental, que amerita la intervención odontológica, constituyéndose en una de las necesidades en salud que deben ser cubiertas en la actualidad por la población desplazada (“*uno de los servicios que hemos requerido con mi esposa es el de odontología*”) (D4); (“*pues tanto mi esposo como los niños, están con problemas de*

*caries, y para nosotros si es una necesidad ir en éste momento al odontólogo” (D25), (“yo he estado con un dolor de muela espantoso, pero no he podido asistir al odontólogo”) (D4).*

#### Soporte nutricional

Una parte de los entrevistados expresó que requieren la valoración desde el área de nutrición así como un soporte nutricional, que les permita mejorar sus condiciones de salud, ya que la situación por la que atraviesan, los ha obligado a modificar la calidad y cantidad de alimentos ingeridos, haciéndolos susceptibles de presentar “desnutrición”, “anemia”, “agotamiento” o “pérdida de peso” (“yo requiero de la valoración de una nutricionista porque es que de verdad que cuando uno llega acá cambia todo, cambia la alimentación, y no me he sentido bien, estoy como anémico”) (D6); (“uno necesita soporte nutricional... yo diría que aparte de que nos den la droga y todo lo demás, que nos den vitaminas” ) (D11); (“a mi me preocupan los niños, porque ellos están muy bajitos de peso, me gustaría que me los miraran para eso”) (D25)

#### Requerimientos de ayudas ortésicas y protésicas

Algunos de los entrevistados, que presentaban discapacidades físicas, manifestaron la necesidad de que le fueran prescritas ayudas protésicas, con el fin de mejorar su independencia funcional, argumentando sus dificultades para asumir el costo de las mismas a nivel particular (“lo único es que nos toca sacar ese millón de pesos para mi prótesis, porque yo estoy necesitando mi pierna porque como la que tengo me talla muchísimo para caminar y esa es una limitante enorme para mi”) (D7); (“yo consulté porque me tocaba ir primeramente allí al Cami con el doctor que tenía que darme una orden para poder hacer las vueltas de la prótesis... y allí me mandaron para el ortopedista pero me dijeron que hasta que no hubiera una orden con ese seguro no me podían atender, y esa es una limitante que tengo yo ahora para caminar”)(D15), en tanto que para otros, la prescripción de ayudas ortésicas para la visión, fue otra de las necesidades enunciadas (“yo quiero solicitar atención porque requiero un cambio de gafas”) (D1); (“en este momento estoy requiriendo lentes para la vista, pues tengo problemas para ver de lejos”)(D22).

## Suministro de medicamentos

La prescripción y suministro de medicamentos, es otra de las necesidades en salud que reflejan los desplazados en sus discursos, ya que en opinión de una parte de ellos, se constituye en la principal alternativa para la solución de sus problemas de salud, una vez se ha logrado la atención por parte de los servicios médicos (*“el medico, por más especialista que lo atienda y lo vea, el no es mago para decir: ya usted se va curar, no. Yo voy es a que me den los medicamentos, que son los que hacen efectivamente la labor de curar la enfermedad”*) (D10); (*“lo importante no es tener la ARS a la cabecera de la cama, eso no es lo que interesa...no es que yo pida la cita y me digan: venga mañana a las 9. Y usted va y lo atiende un profesional magnífico, pero y la droga que?, la letra del médico no es la cura para la enfermedad”*) (D11); (*“uno de mis intereses para ir al hospital es que me formulen medicamentos para poderme mejorar”*) (D23); (*“que saca uno que lo atiendan a uno bien pero le recetan a uno la droga y ahí le toca esperar. Porque a veces se la consiguen y hay veces que no”*) (D18);

### **Conductas adoptadas por los desplazados para la solución de su problemática en salud**

Muchos de los entrevistados, refirieron que aunque reconocen la importancia de dar continuidad a los tratamientos prescritos y de utilizar los servicios de salud, ante las dificultades económicas para su asistencia a éstos o por los problemas que han tenido para el suministro de los medicamentos desde la ESE, optan por la utilización de las medicinas populares como alternativa para la solución de sus problemas en salud (*“por el mismo factor económico, la gente no tiene como pagar un bus, o para ir al médico y prefieren quedarse en la casa haciendo sus remedios caseros”*) (D8); (*“nos decepcionamos tanto de que no hubiera la droga en esa parte, que prácticamente no asistimos a salud y por eso nosotros preferimos a veces los remedios caseros”*) (D9).

En éste sentido, la práctica de los saberes populares para el manejo de muchas de las afecciones que son consideradas como leves, se constituye en la primera opción que refieren las mujeres desplazadas, para dar respuesta a los problemas de salud de su familia, optando por la asistencia a los servicios de salud sólo en aquellos casos en que éstos no han logrado algún nivel de mejoría (*“si mis hijos están descuajados, o tienen soltura o tienen fiebre pues su merce sabe que uno en el campo aprende muchas cosas y pues los controlo; yo voy al*

*médico si es algo grave”*) (D5); (“*ella cuando se enferma uno ya sabe que tan grave es, si necesita llevarla al médico, o si dándole agua de hierbas, con eso se alienta*” ) (D28).

La automedicación o la búsqueda de orientación por parte de los dependientes de las farmacias en la prescripción de medicamentos, se constituyen en otras de las prácticas que de manera frecuente son utilizadas por la población desplazada y que en opinión de los entrevistados contribuye a dar una respuesta oportuna a sus problemas de salud (“*como yo se que difícilmente me van a atender, pues yo mejor me rebusco y compro las gotas y así pierdo menos tiempo y sufro menos*” ) (D17); (“*mi mamá me enseñó, que cuando le duele a uno el estómago o cualquier cosa, así, pues se compra uno un efervescente y se lo toma*” ) (D20); (“*cuando tengo dificultades para ir al médico, yo voy a la droguería y les digo que es bueno para el dolor o para tal cosa, ellos me dicen y yo con base en el presupuesto miro que es lo que más me conviene*” ) (D17).

#### **5.5.4 Sugerencias de la población desplazada para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud**

La disminución de los trámites para la acreditación de la condición de desplazado, así como la posibilidad de que la persona sea identificada a nivel nacional como un beneficiario de la política de atención en salud, surgió como una de las alternativas propuestas por algunos entrevistados para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud (“*cuando se conozca el caso, deberían facilitar que las personas queden vinculadas inmediatamente a la base de datos de la Red y quede carnetizado como población vulnerable*” ) (D8); (“*la persona desplazada debería tener un carnet único y que fuera atendido por toda la red pública del Estado y que ese carnet pudiera tener una cobertura nacional*” ) (D10). En éste sentido, varios entrevistados, consideraron necesario depurar las bases de datos existentes, así como la realización de un censo de población desplazada, reconociendo de ésta manera quienes son los directamente afectados por esta situación en el país (“*sería bueno que hicieran, un censo, donde miren de pronto, la situación económica de cada persona porque por lo menos en el poco tiempo que llevo acá en la ciudad conozco de personas que divinamente están en condiciones de pagar un servicio médico con una EPS*” ) (D1); (“*si es bueno que por decir algo hagan un censo de toda la población desplazada y los que verdaderamente somos desplazados somos los que quedemos en la base de datos de la Red porque ya también eso se volvió un negocio y hay mucha gente que en realidad no es desplazada*” ) (D8).

Para los representantes de organizaciones de desplazados, una de las estrategias que fueron consideradas para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud, es la posibilidad de que sus instituciones se constituyan en proveedoras de servicios de salud como ha sucedido con la población indígena (“*estamos proponiendo generar una farmacia comunal, de tal manera que pudiéramos dar cubrimiento a las necesidades de medicamentos que tenemos los desplazados*”) (D21); (“*las organizaciones de población desplazada debían de trabajar con el fin de construir, como un centro de desarrollo social que incluya dentro de ese programa una EPS o una ARS que pueda brindar la atención a la población desplazada, como han hecho algunas organizaciones de indígenas*”) (D9).

Finalmente, el mejoramiento de la información que se proporciona a los prestadores de los servicios, sobre las políticas de atención en salud para la población desplazada, se constituye para algunos entrevistados en una de las necesidades mas apremiantes de corregir en la actualidad, dado el bajo nivel de información que evidencian al respecto (“*yo creo que lo más importante es que los que atienden en los hospitales, se actualicen sobre las normas que ha sacado el gobierno*”) (D2).

## **5.6 Estudio de caso de una usuaria en condición de desplazamiento**

El siguiente caso, fue construido a partir de la información obtenida en tres oportunidades, de las entrevistas individuales semiestructuradas que fueron realizadas a una mujer desplazada que asistió a una de las ESE de primer nivel de la ciudad de Bogotá, de los datos de su historia clínica, así como de la entrevista efectuada a una de las profesionales de la salud que manejaron su caso.

Carmen<sup>8</sup>, es una campesina colombiana, de 66 años, soltera y sin hijos que residía en un municipio de la región central del país. Carmen es la mayor de cinco hermanos y en su lugar de origen vivía con dos de ellos. Para su sustento económico, vendía hortalizas y alguna aves de corral. Carmen estuvo sometida durante dos años, al “boleteo”<sup>9</sup> de grupos guerrilleros. Finalmente, al haberse negado a continuar efectuando los pagos, Carmen y sus hermanos recibieron amenazas de muerte, por lo cual huyeron dejando su casa y sus pertenencias

---

<sup>8</sup> Carmen es un nombre ficticio que se ha dado para proteger el anonimato de la usuaria.

abandonadas. Los hermanos se dirigieron hacia otra cabecera municipal, en tanto que Carmen tomó la decisión de viajar a Bogotá, para radicarse donde una de sus hermanas.

La situación económica de las hermanas de Carmen en Bogotá era muy precaria. Ya que residen en una de las localidades más pobres de la ciudad, en un barrio de invasión<sup>10</sup>, donde pagan alquiler y comparten sus espacios un total de 11 personas. La jefatura de la familia la tiene una de las hermanas de Carmen, quien trabaja en actividades de limpieza y obtiene un ingreso aproximado de \$250.000<sup>11</sup>, con los cuales sostiene a cuatro personas.

Carmen llegó a Bogotá en septiembre de 2002, tomando la decisión de mantenerse en el anonimato, buscando dejar a un lado los hechos que vivió en su lugar de origen, por lo cual no había declarado los hechos que provocaron su desplazamiento.

Carmen no estaba afiliada al SGSSS y aunque conocía la existencia del centro de salud en su pueblo, consideraba que al ser una mujer sana, no tenía necesidad de ir al médico. Por ello, cuando se le presentaba algún problema de salud que ella consideraba como leve, siempre los manejaba con “remedios caseros” (“*yo toda la vida fui muy alentada, por ahí de vez en cuando me daba una gripe o un dolor de estómago. Por eso a mí nunca se me dio por ir al médico*”).

Carmen refería que antes de tomar la decisión de viajar a Bogotá, venía presentando dolores de cabeza, que de igual manera fueron manejados con remedios caseros (“*antes de venirme fue que comenzó a arreciarme el dolor de cabeza, pero yo procuraba mejorarme a punta de yerbas*”).

Ya estando en la ciudad, los dolores de cabeza siguieron incrementándose y Carmen comenzó a sentir que tenía problemas de visión (“*yo me puse muy enferma, tal vez sería de los nervios, porque a mí se me fue poniendo más oscura la visión y los dolores de cabeza no se me calmaban*”). En ese momento, su hermana le recomendó asistir al centro de salud de su barrio.

---

<sup>9</sup> La palabra boleto hace referencia al pago de una suma de dinero, que deben hacer campesinos a los grupos armados con el fin de que les sea respetada su vida o sus pertenencias.

<sup>10</sup> Los barrios de invasión, se han ido construyendo en la ciudad, sin ningún tipo de planeación urbana y sin autorización de los entes distritales.

<sup>11</sup> Los ingresos se aproximan a los 95 US mensuales, que se encuentran por debajo del salario mínimo legal vigente que es de aproximadamente 134 dólares mensuales.

Carmen contactó con el CAMI más cercano, en donde le informaron que dada su situación de desplazada y al no estar afiliada al SGSSS, le recomendaban inscribirse ante el SUR, por lo cual debía llevar a cabo una declaración de los hechos que había padecido en su lugar de origen ante la alcaldía local. Carmen asistió durante dos ocasiones a la alcaldía, pero tuvo dificultades para el reconocimiento de su declaración, ya que no le creyeron que fuese desplazada, ya que pusieron en duda el que hubiese huido sola desde su lugar de origen. Ante ésta situación, optó por dirigirse a la Personería Distrital, en donde le informaron que hasta tanto quedase acreditada su condición de desplazada ante el SUR, podría ser atendida en los hospitales del Distrito pero sólo para situaciones de urgencias (“*me dieron una carta y me dijeron que con eso podía ir a los hospitales pero a atención por urgencias*”).

Carmen asistió con la carta expedida por la Personería al Cami y allí le confirmaron que efectivamente sólo podían prestarle atención por urgencias y que en el caso en que llegase a requerir atención por consulta externa podían proporcionársela en calidad de vinculada transitoria, ya que tenía menos de tres meses de estar residiendo en el Distrito.

Ante su condición de salud, Carmen solicitó los servicios de consulta externa, para lo cual le efectuaron una clasificación socioeconómica provisional<sup>12</sup>, en la cual obtuvo un puntaje de 10<sup>13</sup>. Esta clasificación, le exigía el pago de una cuota de recuperación del 30% sobre el valor de las consultas, pruebas diagnósticas o procedimientos que le fueran llevados a cabo.

Carmen asistió a su primera consulta médica el 1 de noviembre de 2002, refiriéndole al médico que desde hacía algunos meses presentaba dificultades en la visión así como cefalea frecuente. A la exploración física presentó dolor a la palpación en el lado izquierdo de su abdomen. Como posible diagnóstico, el médico estableció un trastorno de refracción y dolor abdominal, ordenándole exámenes de laboratorio de rutina y la remisión al servicio de optometría, en donde fue reportada una “alteración visual”.

---

<sup>12</sup> La clasificación socioeconómica, busca identificar temporalmente la población mas pobre y vulnerable objeto del subsidio en salud otorgado por el Estado, no identificada por encuesta Sisbén, ni afiliada al régimen contributivo residente en el Distrito Capital, que demanda los servicios de salud. Esta clasificación dispone que si el usuario obtiene entre 2 y 18 puntos le corresponde una cuota de recuperación del 30% sin que el pago exceda tres (3) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes al año, por el mismo evento. Si se obtiene más de 18 puntos el usuario pagará tarifa plena.

<sup>13</sup> Los datos fueron tomados de la historia clínica de la usuaria.

La usuaria describe que en la ESE ha tenido que efectuar un pago por los servicios de consulta externa y urgencias (“*a mi me han atendido con ese papel, entonces ahí me vale mil cuatrocientos pesos la consulta y si pasa uno por urgencias entonces dos mil pesos*<sup>14</sup>”). En su opinión, ésta es una de las principales limitaciones que se le presentan, ya que en ocasiones le es difícil conseguir el dinero para el pago de las consultas.

El 13 de noviembre de 2002, asiste a una visita de seguimiento para entregar los resultados de sus exámenes de laboratorio, en los cuales le evidenciaron un cuadro de hipercolesterolemia. En la evaluación médica le encontraron hipertensión arterial, por lo que le fueron prescritos antihipertensivos, hipolipemiantes y el manejo de una dieta hiposódica, baja en grasas y harinas.

El seguimiento de estas indicaciones fue difícil para Carmen, ya que la situación económica por la que atravesaba la familia les obligaba a comprar sólo aquellos alimentos que estuvieran a su alcance. De igual manera, el esquema terapéutico también se vio afectado, ya que tuvo que suspender en diversas oportunidades los medicamentos para el control de su tensión arterial, dadas las dificultades para su adquisición (“*yo procuro no comer grasa y comer bajito de sal, porque yo sufro de la hipertensión, pero el problema es que siendo uno pobre muchas veces solo tenemos para comer hueso y el hueso tiene mucha grasa, pero si no como peor, porque me muero de hambre*”) (“*hay veces pasan días e incluso semanas en que no me tomo las pastillas para la tensión, porque humanamente no conseguimos para comprarlas*”).

En opinión de la médica tratante, las condiciones económicas de la familia, han sido una de las principales limitaciones que ha tenido Carmen para dar continuidad al plan terapéutico recomendado (“*lo grave es que ésta es una situación muy compleja, la paciente ha tenido que dejar todo y sin tener recursos económicos es muy duro cumplir cualquier tipo de recomendación*”).

Ante las limitaciones para la compra de medicamentos, Carmen ha acudido al uso de los “saberes populares”, para el manejo de sus principales afecciones de salud (“*cuando siento que se me va a estallar la cabeza, yo me pongo paños de agua fría y eso yo siento que me*

---

<sup>14</sup> La cuota de moderación que la usuaria debe pagar en consulta externa equivale aproximadamente a 53 centavos de dólar y por urgencias 75 céntimos de dólar.

*ayuda mucho”; “para los problemas digestivos generalmente yo me preparo una infusión con anís”).*

Carmen continuó con sus dolores de cabeza, por lo cual el 16 de abril de 2003, consultó de nuevo por presencia de “dolor de cabeza”, “dolor en los tendones del cuello”, así como mareos. El diagnóstico emitido correspondió a una laberintitis. En ese momento le fueron prescritos analgésicos.

El cuadro clínico de Carmen continuó incrementándose, refiriendo que necesitaba tomarse de las paredes para caminar y que sus problemas de visión eran cada vez mayores (“*el problema de la cabeza ha sido tan fuerte que para caminar me toca agarrarme de las paredes, eso es una sensación de borrachera espantosa, y aparte de eso, con la visión cada vez mas borrosa*”)

El 20 de mayo de 2003, consultó al servicio de urgencias del Cami por presentar un dolor de cabeza de alta intensidad, vértigos y vómito (“*he tenido oportunidades que me da vómito y mucho dolor de cabeza, y yo siento que voy a morirme por ese dolor*”). Al examen físico se encontraron cifras de tensión arterial elevadas. En ese momento fue manejada con antihipertensivos y como diagnóstico le fue reportado un síndrome vertiginoso de origen central. En ese momento a la paciente le fue solicitado un TAC cerebral simple de manera prioritaria.

El 12 de junio de 2003, a Carmen le practicaron el TAC, efectuando un pago de \$20.000, que fue el valor asignado de acuerdo con su cuota moderadora. Días después, Carmen asistió a control, llevando consigo los resultados del TAC donde le fue reportada una alteración en la configuración de la silla turca, por una lesión expansiva en su interior. El reporte de radiología, estableció la existencia de un macroadenoma, recomendándose llevar a cabo un estudio contrastado para evaluar la integridad de las estructuras vasculares.

En opinión de la médica tratante la ESE de primer nivel, cumplió con la prestación de servicios que requirió en su momento la usuaria, derivándola a un hospital de tercer nivel de complejidad, cuando consideraron que su situación de salud no podía ser manejada desde su centro de atención (“*a la paciente se le iniciaron todas las acciones que podíamos desde un primer nivel. Se le hicieron todos los exámenes de rutina y se le remitió por los cuadros de*

*cefalea al especialista, porque a partir de allí, el manejo de las terapias complementarias y de neurología, ya corresponden a otro nivel de complejidad”).*

Para inicios del mes de agosto de 2003, habían transcurrido aproximadamente dos meses y la usuaria no había sido vista por el servicio de neurología. Desde el punto de vista de la médica tratante ésta situación escapaba del control de su institución, ya que ellos cumplieron con solicitar la atención prioritaria pero los tiempos de espera para la atención por los especialistas dependía exclusivamente de las otras instituciones (“*nosotros le dimos la remisión inmediatamente. La demora no es en el primer nivel sino que logre la consulta del especialista, ir a hacer las filas, y mirar para cuando se la dan, en ocasiones la cita puede demorar hasta 30 días. Ella nos ha manifestado que desplazarse al tercer nivel es difícil, que tiene que hacer muchas filas. Sin embargo, nosotros le colocamos en la remisión “manejo prioritario”, para que la atendieran rápidamente, pero ya nosotros no podemos influir en nada más. Uno no puede decirle a un tercer nivel atiéndalo ya. Le coloca urgente pero es lo máximo que uno puede hacer. Ahí se limita uno mucho*”).

El 8 de agosto de 2003, la usuaria fue atendida por el neurólogo quien le prescribió analgésicos y le solicitó una resonancia magnética (“*el neurólogo me dijo que no tomara sino solo pastas para el dolor y que era necesario que me hiciera una resonancia*”). No obstante, Carmen tuvo dificultades para que le fuera practicada la resonancia, ya que al asistir a la institución donde le sería practicado el examen, le informaron que dichos exámenes no podían ser cubiertos dadas su condiciones de afiliación al SGSSS y que si requería de manera urgente el examen debía pagarla como una usuaria particular (“*en el otro hospital me dijeron que no me podían hacer la resonancia con esa carta...que hasta que no tuviera el carnet*”).

Carmen fue nuevamente al Cami a contar lo que le había sucedido y a manifestar que su situación económica le impedía pagar el examen a nivel particular. Ante tal situación, la trabajadora social de la institución intervino para agilizar los trámites correspondientes (“*cuando fui a donde la doctora ella me dijo ¿qué pasó con el TAC?, y le dije no, no he podido porque no tengo carnet y no tengo plata, entonces la trabajadora social llamó allá, nos estuvimos casi todo el día hasta que al fin le contestaron y me dio un carnet, pero me dijeron que ese carnet era del Sisbén*”).

El 16 de septiembre de 2003, Carmen consultó a la ESE por otra afección en su salud. En ésta ocasión el motivo de consulta fue tos seca y accesos de tos, siendo atendida por el servicio de

urgencias en el CAMI. Fue hospitalizada con un diagnóstico de bronquitis aguda, prescribiéndosele terapia respiratoria, inhaladores y antibióticos. Carmen consideró que había sido bien atendida, la única situación que evaluó como negativa fue la dificultad para el suministro de medicamentos, ya que tuvo que adquirirlos por su cuenta (“*cuando estuve hospitalizada... allá fueron muy formales esos médicos, lo único malo es que digamos la droga pues toca comprarla, porque esa carta no la cubre*”).

El 21 de octubre de 2003, Carmen logró la remisión a un centro radiológico para que le fuera practicada la resonancia magnética. Allí le explicaron que se le practicaría el examen siempre y cuando pagase el valor de la cuota moderadora correspondiente. Una de las hermanas de Carmen, solicitó a su jefe el préstamo del dinero que le permitiese cubrir el pago del examen (“*para el examen mi hermana dice que fueron ochenta mil pesos<sup>15</sup> y para poderlos cubrir fue necesario que le prestara plata al jefe de ella*”).

Los resultados de la resonancia reportaron la presencia de una gran masa selar y supraselar, que le estaba provocando un desplazamiento del tallo hipofisiario y un efecto compresivo sobre su quiasma óptico. Al llevar ese mismo día los resultados a la médica tratante, ésta informó a la usuaria y a una de sus hermanas que se trataba de un tumor, por lo cual la remitiría a un hospital de III nivel para que fuera valorada por un neurólogo y se contemplase la posibilidad de una intervención quirúrgica (“*la doctora dijo que tenía era un tumor en la cabeza y que por eso es que tenía ese dolor y nos dijo, “ya con ese papel que les di, vayan al hospital, consíganse por ahí dos mil pesos para el transporte, pues es urgente la operación*”).

El 28 de noviembre de 2003, habiendo transcurrido mas de un mes de la remisión, Carmen aun no había asistido al servicio de neurología, argumentando que no tenía recursos para el pago del transporte hasta el hospital (“*no he ido al neurólogo, pero es que para nosotros no es fácil conseguir cuatro mil pesos para el transporte*”).

Transcurrida una semana y luego de haber conseguido dinero para el transporte, Carmen tomó la decisión de consultar a un “médico naturista”, ya que le habían comentado que sus servicios eran gratuitos y que el manejo proporcionado le podía servir para la cirugía. Carmen asistió a éste servicio y allí le reiteraron la necesidad de someterse al tratamiento quirúrgico (“*me dijeron que fuera porque de pronto allá me daban unas vitaminas que me pudieran*

*servir como preparativo de la operación y que eso no me valía nada. Yo fui allá me dieron como multivitamínicos, pero el doctor que me atendió me dijo que era necesario que me mandara a operar ”).*

Para mediados del mes de diciembre de 2003, Carmen, aun no había asistido a la consulta en el servicio de neurología, refiriendo temores frente al posible procedimiento quirúrgico, ya que había conocido el caso de una mujer que quedó con una minusvalía como consecuencia de una cirugía que le había sido practicada por un tumor cerebral (“*me asusta mandarme a operar, pues uno sin plata y yo no sé después de operada como vaya a quedar. Qué tal que me quede medio tiesa? ¿Qué hago yo por ahí quieta en un rincón? A mi me da mucho susto porque una señora que yo conocí la operaron de un tumor, claro que era maligno, pero ella quedó en una silla de ruedas, y a mi me da temor que a mi me pueda pasar eso*”).

Hasta febrero de 2004, la usuaria asistió al servicio de neurología de una ESE de III nivel. El especialista le prescribió medicamentos para intentar la disminución del tamaño del tumor y evaluar posteriormente la factibilidad de un procedimiento quirúrgico. De igual manera le solicitó una nueva resonancia magnética de control. Sin embargo, los problemas económicos de Carmen dificultaron la continuidad del tratamiento así como el pago del examen diagnóstico. Ante la nueva dificultad que se le presentó, en mayo de 2004, decidió interponer una acción de tutela<sup>15</sup> ante el gobierno nacional, para que le fuera reconocida su condición de desplazada y obtener de ésta manera una atención integral en salud.

---

<sup>15</sup> El copago efectuado en ésta ocasión fue de aproximadamente 30 US.

<sup>16</sup> La acción de tutela es un instrumento jurídico, que fue creado con el fin de reconocer los derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política Colombiana y que puede ser interpuesta por un ciudadano, cuando estos se encuentran vulnerados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares

---

---

## 6 DISCUSIÓN

---

---

### ***6.1 Los avatares de la política: entre el reconocimiento de la vulnerabilidad y la dificultad para la reivindicación de los derechos del desplazado***

Aunque se considera que todas las personas, de una u otra manera están expuestas a algún tipo de vulnerabilidad social, existen factores relacionados con el nivel de ingresos, la etnia, la cultura, el género, la discapacidad, los factores políticos, ambientales, etc., que provocan que determinados grupos poblacionales, tengan una mayor propensión a constituirse en grupos vulnerables. En éste sentido, se puede considerar que la vulnerabilidad social está mediada por la fragilidad o indefensión de los individuos o colectivos ante los cambios del entorno, la cobertura insuficiente de servicios sociales y de protección institucional por parte del Estado, así como por el debilitamiento del tejido social (Naciones Unidas, 2001), situaciones que propician que el sujeto tenga mayores dificultades para la identificación de recursos y alternativas de solución a su problemática. En la actualidad, se considera que uno de los fenómenos que conlleva a mayor vulnerabilidad social es el desplazamiento forzado, en la medida en que limita las posibilidades de satisfacer las necesidades básicas de los sujetos, obliga a afrontar situaciones de marginación y rechazo social y provoca un deterioro progresivo de la calidad de vida de quienes lo padecen (Red de Solidaridad Social, 2004).

Desde el punto de vista de los contenidos de las políticas colombianas, se reconocen dos condiciones que conllevan a la vulnerabilidad social de las personas que han sido víctimas del desplazamiento forzado: por una parte, el compromiso de la integridad personal como consecuencia de los riesgos que afectan la vida, la integridad física e incluso la libertad (Acuerdo 59 de 1997) y por otra, desde el impacto que el desplazamiento provoca sobre determinados grupos poblacionales, como son las mujeres, los menores de edad, los discapacitados, la población negra e indígena y los ancianos, que ameritan el desarrollo de acciones intersectoriales para el mejoramiento de sus condiciones de vida (Conpes 3057 de 1999).

En Colombia los grupos más afectados por el desplazamiento son las mujeres y los menores de edad. En el caso de la mujer, su vulnerabilidad, está relacionada con la capacidad de generación de ingresos, con el rol que debe cumplir en el hogar y con la agresión que recibe

del entorno. No obstante, ésta situación también se evidencia en los niños, quienes se ven afectados por condiciones medioambientales, sociales y familiares (Ministerio de salud, 2001; Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2003), que hacen que el impacto del desplazamiento se de tanto en el corto como en el largo plazo.

Otros grupos que a raíz del desplazamiento son reconocidos como vulnerables son las minorías étnicas, constituidas por la población afrocolombiana e indígena, para quienes su vulnerabilidad no sólo se da en sus condiciones de vida, sino de igual manera en el riesgo de su extinción y por tanto en la pérdida de su legado cultural (Secretariado Nacional de Pastoral Social, 2003; Red de Solidaridad Social, 2004). De allí que uno de los aspectos que promueve la política de atención, es la de proponer soluciones a sus principales necesidades de atención de acuerdo con sus características, costumbres y hábitos de vida (Ley 387 de 1997; Documento Conpes 3057 de 1999).

No obstante, aunque el desplazamiento forzado es contemplado como uno de los principales problemas sociales que afronta el país, el reconocimiento de los derechos fundamentales que han sido vulnerados, es una situación que genera controversias. Para el gobierno nacional, la restitución de los derechos de las personas que han sido víctimas del desplazamiento forzado, se basa en los planteamientos de dos cartas fundamentales: por una parte, la Constitución Política de 1991 y por otra, la Ley 100 de 1993. La primera destaca que a todos los ciudadanos se les deben proteger sus derechos fundamentales, entre ellos, la salud; reconociendo que uno de los fines del Estado, es garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes que han sido consagrados constitucionalmente. Por su parte, la Ley 100 de 1993, al establecer que el Estado garantizará a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social, se constituyó en la base para la generación de un marco normativo complementario a partir del cual se sustenta la política de atención en salud para la población desplazada (Acnur, 2002).

A partir de éstas dos cartas fundamentales, el gobierno formuló como una de sus políticas más representativas la Ley 387 de 1997, en la cual se establece que la población desplazada tiene derecho a que se le respeten los derechos civiles y a que se le proporcione una respuesta a su situación; entendiéndose la necesidad de que sean formuladas estrategias de solución a sus necesidades de atención integral en salud, así como el acceso oportuno a los servicios de salud. Bajo ésta directriz, la atención en salud se ha tomado desde dos perspectivas: desde el

derecho que tienen las personas de recibir atención humanitaria de emergencia en la fase inicial del desplazamiento y la segunda, que durante las fases de consolidación y estabilización socioeconómica, el desplazado pueda acceder a la oferta de programas sociales que ha diseñado el gobierno nacional, entre ellos, el de atención integral en salud.

No obstante, desde otros sectores, se considera que el gobierno no se ha comprometido con la restitución de los derechos fundamentales hacia la población desplazada, enunciando que aunque se ha formulado una amplia reglamentación en materia de atención a la población desplazada, ésta se ha centrado en dar una respuesta asistencialista a su problemática con una baja actuación en relación con su prevención y el desarrollo de acciones que posibiliten su estabilización socioeconómica a largo plazo (González, 2001).

Ello posiblemente se deba a que los cambios en la política pública, han respondido más a la temporalidad de los gobiernos, que a un plan de desarrollo a largo plazo. Lo que conlleva a una falta de continuidad de muchas de las acciones planteadas tanto en el plano macro como a nivel local, que unido a la falta de indicadores y a un seguimiento de las políticas, no han facilitado una valoración del impacto que han tenido sobre las condiciones de vida de la población desplazada. Algunos autores consideran que la baja efectividad de los programas adelantados, ha sido producto de la pobre delimitación que han tenido las políticas y la falta de un diseño a largo plazo en la elaboración de las mismas (Grupo Dial, 2001). Planteamientos que son compartidos por el Plan de Naciones Unidas para el Desarrollo (2003), al considerar que las soluciones de emergencia para problemáticas concretas, han respondido a una visión cortoplacista que no ha permitido brindar una respuesta clara y profunda de los principales problemas que presenta la población desplazada.

Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, surge el planteamiento de que las políticas públicas, no han tenido en cuenta las verdaderas necesidades de atención que presenta la población desplazada. Situación que ha sido descrita por Acnur (2002), cuando plantea que las políticas de atención han sido diseñadas en muchos casos sin la participación de las personas que conocen o han vivido su problemática.

Otros de los aspectos críticos de la política de atención a la población desplazada y que fueron evidenciados de manera exclusiva por los gestores y el personal administrativo, es la falta de claridad en la definición de sus alcances, así como la demora en su reglamentación. Circunstancias que han provocado un mayor número de trámites y dificultades para su

implementación. Resultados en los que existe concordancia con el Informe de la Alta Comisionada de Derechos Humanos (2001) y el Grupo Dial (2001), quienes plantean que existe una gran rigidez en la atención de la población desplazada dada en gran medida por las trabas burocráticas, que han impuesto las políticas.

Un ejemplo de ésta situación, se da en el proceso de reconocimiento de los beneficiarios de la política y el tiempo previsto entre la declaración de los hechos por parte de la persona desplazada y su inclusión en el SUR. En opinión de los profesionales de la salud y de los desplazados, éste tiempo resulta prolongado, lo que les impide acceder de manera oportuna a los programas ofertados por el Estado.

Por ello, aunque la inscripción en el SUR, se constituye en una herramienta técnica que resulta imprescindible para la estimación de la magnitud del desplazamiento, existe controversia en relación con la calidad de los datos que proporciona y los mecanismos para la inscripción. Y aunque la Red de Solidaridad Social, ha avanzado en la construcción de un sistema más dinámico y descentralizado y ha incrementado el número de familias desplazadas en sus registros, tal aumento en la cobertura parece ser insuficiente, ya que se encuentra una gran diferencia entre las cifras oficiales y las que manejan otras fuentes en el país (Grupo Dial, 2001; Red de Solidaridad Social, 2002), estimándose que existe un subregistro de aproximadamente un 40% de la población desplazada (Fundación Menonita Colombiana para el Desarrollo, 2003).

En opinión de los gestores y el personal administrativo, las ESE se han encontrado con problemas en relación con la información proporcionada por el SUR, ya que evidencian fallas en el registro e inclusión de los posibles beneficiarios del sistema y por otra parte, no están recibiendo de manera oportuna y actualizada dicha información. De igual manera, algunos desplazados consideran que no son claros los criterios para la acreditación de la condición de desplazado, dado el amplio número de personas que no logran tal certificación, lo que los lleva a asumir que existe una política restrictiva a nivel gubernamental. Estas apreciaciones, coinciden con las de Fernández y Vidal (2003) y el Grupo Dial (2001); quienes consideran que las restricciones del SUR, pueden constituirse en un mecanismo político para controlar la demanda de reclamaciones por parte de los posibles beneficiarios, lo que estaría limitando el ejercicio de los derechos de la población desplazada; dada la sujeción para que los programas y acciones se ajusten a la información proporcionada por el SUR.

## ***6.2 El Sistema General de Seguridad Social en Salud ante el desplazamiento forzado: aciertos y dificultades***

Durante el periodo 1997-2003, han sido diversas las políticas que han enunciado la necesidad de garantizar la afiliación de la población desplazada al SGSSS, destacándose como una de las más importantes el Acuerdo 244 de 2003, que establece que la población desplazada se constituye en uno de los grupos prioritarios de inclusión en el régimen subsidiado. De igual manera, al establecerse la eliminación del requisito de la encuesta de selección de beneficiarios del Sisbén, como parte del proceso que debían llevar a cabo los usuarios desplazados para ingresar al régimen subsidiado, se evidencia un principio de discriminación positiva hacia éste colectivo, disminuyendo parte de los procesos burocráticos que operaban para su afiliación al SGSSS. Estas disposiciones fueron valoradas de manera positiva por el personal administrativo y por los gestores de las ESE, destacando el mejoramiento de la cobertura de la población desplazada dentro del SGSSS.

No obstante, se perciben una serie de dificultades para la implementación de éstas disposiciones, lo que ha llevado a que el principio de universalidad propuesto por la Ley 100 de 1993, no haya logrado su total cumplimiento. Las dificultades para lograr una mayor afiliación de la población tanto desplazada como vulnerable, evidencian que a pesar de la reforma del SGSSS, sólo el 32,8% de la población se encuentra afiliada al régimen contributivo, un 22,5%, al régimen subsidiado y sólo un 3% a los planes prepagados (Málaga y cols, 2000), cifras muy similares en las que se encuentra la población desplazada, si se tiene en cuenta que alrededor de un 40% de ellos no ha logrado su afiliación al SGSSS (González, 2001; Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud, 2001).

Esta situación está mediada por las dificultades para la obtención de recursos que tiene el régimen subsidiado, y que en el caso del país está sujeta a variables como el desempleo, el incremento de la economía informal, en la medida en que disminuye el número de aportantes al régimen contributivo, la elusión de aportes al SGSSS, así como las dificultades para el recaudo de impuestos por parte de la nación, entre otros aspectos (Peñalosa y cols, 2002).

Por otra parte, las disposiciones de la política, de asignar recursos a las entidades territoriales para la afiliación de la población desplazada al régimen subsidiado de acuerdo con el número de personas acreditadas que existan en las respectivas unidades territoriales, puede

constituirse en una limitante para brindar una mayor cobertura a aquella población que no está inscrita dentro del SUR. Al respecto, desde el punto de vista de los gestores, las dificultades relacionadas con los recursos de financiación que tienen muchas de las entidades territoriales en el país, se constituyen, en el principal obstáculo para garantizar la afiliación de la población vulnerable que reside en sus territorios y aún más al flujo de desplazados que de manera periódica e incremental llega a las ciudades.

En contraste con los anteriores planteamientos, los desplazados refieren dificultades que están relacionadas con la falta de información en torno a la política de aseguramiento, fallas en el suministro de información entre la Red de Solidaridad Social, los entes territoriales y las entidades de aseguramiento y un exceso de trámites burocráticos, que están impidiendo la afiliación oportuna de la población desplazada al SGSSS.

La anterior situación fue descrita por las personas que se afiliaban por primera vez al sistema, así como en aquellos casos que ya contaban con afiliación al SGSSS en sus lugares de origen y que al tomar la opción de radicarse en la ciudad, encontraron un sinnúmero de trámites para acceder de manera oportuna a los servicios de Salud. Estos hallazgos coinciden con los de González (2001), quien enuncia que para éste tipo de usuarios, el traslado de la documentación y la nueva afiliación al SGSSS, son procesos complejos que pueden demorar mucho tiempo. Lo que demuestra que el aseguramiento para los beneficiarios del régimen subsidiado y en algunos casos del contributivo puede perderse cuando una persona migra de un municipio a otro, al no existir mecanismos que garanticen que a nivel nacional las EPS puedan continuar prestando sus servicios a éstas personas (Fresneda, 2002).

Otro de los aspectos críticos que presentó la política de atención en salud, se originó a partir de la Circular 042 de 2002, que dividió la financiación de acuerdo con el tipo de aseguramiento que tuviera la población desplazada. Esta situación condujo a dificultades para la población que no se encontraba afiliada al SGSSS, o cuyas necesidades en salud excedían la cobertura dada por el POS, dado que las reclamaciones sólo podían efectuarse a la entidad territorial de donde migró el desplazado y por otra parte, se estableció que el Fosyga sólo pagaría aquellos eventos que fueran inherentes a la condición de desplazamiento (Arias, 2002). Lo que pudo conllevar, a que las ESE, también optaran por fragmentar el tipo de atención que podían suministrar a los usuarios.

Durante la realización del estudio, se encontró que uno de los principales problemas que refirieron los prestadores de servicios (gestores, personal administrativo y profesionales de la salud), fueron las dificultades para efectuar el cobro de los servicios tanto al Fosyga, como a las entidades territoriales. En lo relacionado con el Fosyga, la falta de claridad en la definición del tipo de eventos que podrían ser considerados como inherentes al desplazamiento, provocó en muchos casos la devolución de las cuentas o a las demoras en sus pagos. Resultados en los que existe coincidencia con los descritos por Hernández y Vega (2002) y Quintana (2002).

En cuanto a las dificultades para el cobro a las entidades territoriales, los gestores y el personal administrativo destacaron como las más significativas, el exceso de trámites administrativos y los problemas económicos por los que atraviesan gran parte de las entidades territoriales en el país. Resultados que coinciden con los de Prada (2004), quien considera que uno de los principales obstáculos que han afrontado las IPS públicas, han sido los relacionados con la facturación de los servicios, dada las debilidades que presentan en la gestión de cobro y la cultura de no pago por parte de las aseguradoras. Situación que ha provocado no solo la restricción en la prestación de los servicios a los usuarios, sino en casos más graves el cierre de sus operaciones.

No obstante, desde el gobierno nacional se buscó con el Decreto 2131 de 2003, mejorar la gestión del cobro, dada la posibilidad de que las IPS pudieran cobrar los servicios ofertados a la población no asegurada a las entidades territoriales. Sin embargo, para Hernández y Vega (2002), muchos de los municipios, distritos y departamentos del país, tienen en la actualidad problemas presupuestales que les impide garantizar la atención en salud a sus habitantes. Situación que unida a la rigidez en los procesos de contratación con el sector público, dificulta el desarrollo de convenios con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Plan Estratégico para el Manejo del desplazamiento interno forzado por el conflicto armado, 1999), lo que ha llevado a que éstas últimas pierdan el interés de brindar atención en salud a la población desplazada. Sin embargo, desde otra perspectiva, algunos autores consideran que las direcciones territoriales de salud, las EPS, las ARS y las IPS, han centrado su preocupación en los aspectos eminentemente financieros, descuidando en gran medida las acciones de atención en salud que son objeto de su competencia (Acnur, 2002).

En lo que respecta a la atención integral en salud que debe proporcionarse a la población desplazada, se evidencian limitaciones que provienen de los contenidos de las políticas. Una de las normas que limitó dicha atención, la constituyó la Circular 042 de 2002, la cual al promover un mayor control del gasto, restringió la atención en salud a eventos derivados del desplazamiento, desconociendo las verdaderas necesidades de atención en salud que tiene éste colectivo y que ameritan la atención de eventos que no necesariamente son producto del desplazamiento.

Aunque los Acuerdos 59 y 85 de 1997, reconocieron la importancia de brindar atención integral en salud para los problemas derivados de un evento catastrófico como el desplazamiento forzado, las disposiciones gubernamentales, que promueven la afiliación de la población desplazada al SGSSS, pueden provocar la situación contraria. Esto se debe a que en el momento en que una persona desplazada ingresa como beneficiaria del régimen subsidiado, su atención se equipara con los términos previstos por la Ley 100 de 1993 (Hernández y Vega, 2002) y con las propias limitaciones que tiene el actual SGSSS.

Al respecto, son diversas las críticas que se han generado en torno a los alcances de la Ley 100 de 1993, derivadas en gran medida por la inequidad que se evidencia en los planes de beneficios de los distintos regímenes. En lo que compete al POS del régimen subsidiado, se considera que éste no alcanza a superar el 70% de los beneficios del POS contributivo (Hernández, 2002), lo que conlleva a una mayor vulnerabilidad para los grupos más pobres del país, dada la heterogeneidad en el perfil epidemiológico que se presenta en éstos colectivos (Málaga y cols, 2000).

En éste sentido, Paredes (2003), citando apartes del Informe de Desarrollo Humano para Colombia del año 2000, establece que la reforma del SGSSS ha provocado inequidad en relación con el acceso a los servicios de salud ofrecidos a la población colombiana, ya que están primando criterios económicos asociados a la capacidad de pago de los individuos sobre la solución de sus necesidades en salud. Siendo preocupante que mientras los afiliados al régimen contributivo pueden acceder a los tres niveles de atención y a tecnologías intermedias y diagnósticos promedio, las personas que pertenecen al régimen subsidiado básicamente son atendidos en las instituciones de un primer nivel de atención. En tanto que, quienes no han logrado su afiliación al SGSSS, están presentando las mayores dificultades para acceder a los servicios de salud independientemente de su nivel de atención.

Esta circunstancia ha sido demostrada en otros estudios que han valorado la prestación de los servicios de salud en el régimen subsidiado, al describir que uno de los principales problemas que encuentran en la definición de los procedimientos terapéuticos y de los medicamentos que deben ser cubiertos por el POS, es que priman criterios económicos sobre la calidad de la respuesta que se otorga a los problemas de salud de los usuarios (Peñaloza y cols, 2002).

Si la situación resulta difícil para los usuarios que lograron su afiliación al régimen subsidiado, el problema se torna un poco más complicado para los desplazados que no lograron su afiliación al régimen subsidiado y cuyas condiciones económicas o la ausencia de una actividad remunerativa les impide afiliarse al régimen contributivo, como se exemplificó en el estudio de caso de una usuaria desplazada.

Ante dicha circunstancia, la única opción que tienen los desplazados para el logro de la atención en salud, es la de ser reconocidos como vinculados al SGSSS, lo que les conlleva a adaptarse a las disposiciones que frente a su atención, tengan previsto las entidades territoriales (Hernández y Vega, 2002) y a ser víctimas de la discriminación que en materia de salud se proporciona en Colombia, a las personas de menores recursos económicos. Situación que ha promovido el desarrollo de dos tipos de ciudadanía (ricos y pobres) y a la promoción de patrones culturales que han favorecido la exclusión social de los grupos más vulnerables del país (Rodríguez, 2002).

En Colombia, no se ha reportado que a partir de la Ley 100 de 1993, se haya mejorado la utilización de los servicios de salud en los estratos más pobres. Al contrario, las diferencias en el acceso a los servicios de salud se pronuncian de acuerdo con el tipo de aseguramiento con el que cuente la población (Fresneda, 2002). Esta situación se evidencia tanto en los afiliados como en los no afiliados, siendo mucho más frecuente en éste último grupo y estando asociado en gran medida a las condiciones de pobreza y a la disminución en el nivel de ingresos que ha tenido la población.

Una de las principales dificultades que fueron referidas por todos los entrevistados y que se exemplificó en el estudio de caso, hizo referencia al pago que deben efectuar las personas desplazadas que no están afiliados al SGSSS, de las consultas o procedimientos de acuerdo con la cuota moderadora que le haya sido establecida. La existencia de ésta cuota moderadora, si bien fue diseñada como una posible estrategia de contención del uso inadecuado de los servicios, provoca que la población con menores recursos, en este caso la

población en calidad de vinculada, vea limitada sus posibilidades de acceso a los servicios de salud (Re y cols, 1998). Un ejemplo de ello, lo constituyen los resultados de Giraldo (2000), en los que se demuestra que con relación a los pagos de consulta de medicina general, consulta especializada y servicios diagnósticos, un alto porcentaje de usuarios afiliados al régimen subsidiado y de población vinculada, se encontraba pagando costos superiores a los establecidos legalmente en las cuotas moderadoras, lo que se traduce en dificultades de acceso a los servicios de salud para éstos dos grupos poblacionales.

La restricción en el suministro de medicamentos y el pago que deben hacer de ellos, fueron otras de las dificultades que se evidenciaron en el estudio de caso y que fueron ratificadas por la gran mayoría de los entrevistados. Desde su punto de vista, esta situación impide garantizar una atención integral en salud, principalmente para los usuarios que se encuentran en calidad de vinculados. Estos resultados tienen coincidencia con los aportados por Mejía y cols (1999), en donde se evidencia que el acceso a los medicamentos está limitado por la pertenencia a uno u otro régimen de afiliación. De igual manera, los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud, demostraron que un 74,3% de los vinculados y un 52,9% de los afiliados al régimen subsidiado, han tenido que efectuar pagos superiores a los 9.000 pesos, por concepto de suministro de medicamentos. Lo que demuestra poca efectividad de los subsidios diseñados por el gobierno, para reducir las barreras de accesibilidad a los medicamentos (Giraldo, 2000).

Otra de las restricciones para la atención integral en salud, se ha derivado de la exclusión en la prestación de servicios de salud al tratamiento o cura del reposo y del sueño, enunciados por el decreto 2131 de 2003, que demuestra un bajo reconocimiento de uno de los principales problemas de salud que origina el desplazamiento. No obstante, llama la atención que los contenidos de éste Decreto fueron vistos por los gestores como un error en su formulación, que posiblemente sería corregido, en tanto que los desplazados, lo evidencian como una nueva barrera que limita su acceso a los servicios de salud.

Finalmente, en lo que compete a la prestación de los servicios de urgencias, si bien se evidencian cambios importantes en materia de la legislación y tanto prestadores de servicios como usuarios desplazados, valoran el esfuerzo de las ESE por garantizar la atención inicial de urgencias, otros estudios indican que uno de los servicios que son valorados como de mala calidad son precisamente los de urgencias, siendo los usuarios que menor calificación dan a

ésta situación los beneficiarios del régimen subsidiado y los usuarios de los niveles 1 a 3 del Sisben (Fresneda, 2002).

### ***6.3 La coordinación interinstitucional e intersectorial para la atención de la población desplazada: un compromiso por desarrollar.***

La coordinación de esfuerzos interinstitucionales con miras a la solución de las diversas necesidades de atención que tiene la población desplazada, surge como una de las directrices de la política, que favoreció la creación de los Comités Municipales, Distritales y Departamentales para la Atención Integral de éste colectivo, independientemente de su condición de municipios y departamentos expulsores o receptores de población desplazada (ACNUR, 2002). Con la Ley 387 de 1997, se estableció que los comités debían contar con la presencia de representantes del SGSSS, comprometiendo al sector salud, no solo en el diseño de los lineamientos de atención en salud, sino también en la generación de mecanismos que garantizaran la implementación de la política a nivel institucional.

La política ha buscado impactar a los organismos que operan a nivel nacional, departamental, municipal y distrital, a través de la sensibilización en torno a los alcances de la problemática del desplazamiento forzado. De allí, que el tema de salud, se ha incluido como uno los apartados mas importantes para ser desarrollado dentro de las agendas de los comités territoriales (ACNUR, 2002). Dentro de las responsabilidades asignadas, al Ministerio de la Salud (actualmente de la Protección Social), se le comprometió en el diseño de las políticas y la coordinación de esfuerzos entre los diferentes actores sociales del sistema; dado el papel que debe cumplir como orientador de los procesos. De igual manera, se estableció la importancia de que el sector salud se articulara con otros sectores económicos, educativos y sociales del país, para desarrollar acciones de carácter intersectorial que promovieran el mejoramiento de las condiciones de salud de la población en general.

Desde el punto de vista del papel que deben cumplir las diversas instancias que hacen parte del SNAIPD, los gestores fueron el único grupo que describió que ante la necesidad de descentralizar las políticas en salud, a las entidades territoriales, se les ha responsabilizado del seguimiento de las acciones desarrolladas por las IPS. En éste sentido, se destacó el papel de garantes que tienen en la prestación de los servicios de salud, asumiendo un mayor liderazgo

y un papel decisivo en la gestión interinstitucional para la atención de la población desplazada en sus áreas de influencia.

No obstante, aunque la articulación de esfuerzos en el ámbito institucional, surge como uno de los principios orientadores de la política de atención para la población desplazada, los resultados indican que existen fallas en dos niveles: en primera instancia entre las instituciones que hacen parte del SNAIPD y en segundo lugar, a nivel de las instituciones del sector salud.

Desde el punto de vista del SNAIPD, uno de los problemas que fue evidenciado por los gestores y el personal administrativo, es la falta de claridad en cuanto a la definición de competencias y de complementariedad de acciones tanto a nivel macro como micro. Al respecto, se ha considerado que el exceso de instituciones involucradas en el manejo del desplazamiento forzado y la falta de un trabajo articulado de las instituciones gubernamentales, con las no gubernamentales y las agencias internacionales, han dificultado, una adecuada implementación de las políticas diseñadas para la población desplazada (PNUD, 2003).

El Grupo Dial (2001), haciendo referencia al Documento Conpes 3057 de 1999, destaca la dispersión de competencias y la falta de indicadores de gestión, que han tenido las políticas y que de una u otra manera, no han permitido precisar las responsabilidades que deben ser asumidas por las instituciones, ni evaluar su gestión. Por otra parte, no existe un plan nacional que defina de manera directa las responsabilidades que deben ser asumidas por las distintas instituciones, así como los recursos con los que contarían para hacerlo efectivo (Acnur, 2002); aspectos que de una u otra manera, inciden en el bajo compromiso de las instituciones frente al manejo del desplazamiento forzado.

En lo que compete a la coordinación del sector salud, con otras instituciones del SNAIPD, se evidencian respuestas opuestas entre los entrevistados: ya que si bien los gestores, identifican las acciones que han venido desarrollando las ESE de I nivel, con otras instancias gubernamentales como las alcaldías menores, el ICBF y algunas ONG's, para favorecer las acciones de salud hacia la población desplazada, la mayoría de los profesionales de la salud y del personal administrativo, no demuestra conocimiento de dichos programas.

Otros estudios han analizado las dificultades para la coordinación de esfuerzos entre las instituciones del sector salud y otras instancias públicas encargadas del desarrollo de programas de seguridad alimentaria, saneamiento básico y control de vectores, responsabilizando al sector salud de un interés marcado hacia la sostenibilidad financiera de sus instituciones, abandonando el trabajo con otros sectores (Paredes, 2003). Al respecto, una gran parte de los prestadores de servicios, consideró que las instituciones de salud, han perdido esfuerzos de cooperación con algunos sectores, como el educativo y de bienestar social, con los cuales podrían desarrollar acciones que generaran un impacto positivo sobre la calidad de vida de la población desplazada.

De igual manera, hubo acuerdo en la mayoría de los entrevistados, en que otra de las circunstancias que incide en los problemas de coordinación institucional, son las fallas existentes en los sistemas de información. Las dificultades para contar con una base de datos actualizada, que refleje la condición de afiliación de los usuarios al SGSSS en el país, así como su inscripción en el SUR, se refleja como uno de los problemas a los que se enfrentan las ESE, que conlleva a una serie de problemas como son: la dificultad para reconocer la entidad responsable del aseguramiento del usuario, problemas para la facturación de los servicios e incluso a dificultades para que los usuarios puedan inscribirse ante las ARS. Estos resultados coinciden con lo analizado desde el Plan Estratégico para el manejo del desplazamiento interno forzado por el conflicto armado (1999) y con los resultados de la Fundación Menonita Colombiana para el Desarrollo, (2003), quienes consideran que no existe un adecuado intercambio de información, ni un cruce actualizado de las bases de datos existentes, entre la Secretaría Distrital de Salud, las IPS y la Red de Solidaridad Social, dificultando la atención oportuna de la población desplazada.

Finalmente, el inadecuado funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia entre las ESE de I nivel con las de mayor nivel de complejidad, fue visto por los gestores, profesionales de la salud y personal administrativo, como otro de los problemas que a nivel interinstitucional limita la continuidad de la atención así como el seguimiento de la condición de salud de la población desplazada. Aspectos que denotan a su vez, un pobre control de estos procesos por parte de las instancias que a nivel gubernamental tendrían ese tipo de funciones como son la Superintendencia de Salud, la Secretaría Distrital de Salud, las personerías, la Procuraduría o la Defensoría del Pueblo (Fundación Menonita Colombiana para el Desarrollo, 2003).

## ***6.4 Factores que desde las Empresas Sociales del Estado inciden en el acceso de la población desplazada a los servicios de salud***

A nivel de los factores que desde las ESE inciden en el acceso de la población desplazada a los servicios de salud, se destacan como las más significativas el acceso geográfico, la disponibilidad de recursos, la adecuación de horarios para la atención, el portafolio de servicios ofrecidos y las estrategias utilizadas para la divulgación de la información.

En relación con las condiciones de acceso geográfico, las diferencias de percepción en los entrevistados estuvieron supeditadas a la localización de sus centros; ya que quienes se encontraban en las zonas más marginales, son los que con mayor facilidad identificaron problemas con las rutas de transporte urbano y déficits en la infraestructura vial. En éste sentido, aunque en los últimos años Bogotá ha tenido un desarrollo urbano en la mayoría de sus localidades, aún se evidencian desigualdades en cuanto a la provisión de servicios públicos, la infraestructura vial y las rutas de transporte existentes; situaciones que se agudizan en aquellas localidades que presentan mayores niveles de pobreza (Departamento Administrativo de Bienestar Social, 2004).

En relación con los recorridos que deben efectuar los desplazados para acceder a las ESE, desde los prestadores de servicios se enuncia que muchos de ellos residen en las zonas más marginales de las localidades, que unido a las dificultades para el transporte les obliga a recorrer distancias significativas que en muchas ocasiones deben efectuar caminando. Situación tiende a empeorar cuando los servicios no son ofertados en un mismo centro, ya que en muchas oportunidades las dificultades económicas para el pago del transporte, obliga a los usuarios a efectuar un mayor desplazamiento. Estos planteamientos tienen coincidencia con los descritos por el Departamento Administrativo de Bienestar Social (2004), al enunciar que la mayoría de las viviendas de los desplazados; han sido construidas de manera ilegal en barrios de invasión, carentes de planeación urbana y ubicadas en las zonas periféricas de la ciudad, lo que los obliga a recorrer mayores distancias entre sus viviendas y los centros de atención.

No obstante, aunque las barreras geográficas no se constituyen en el principal problema para acceder a la atención, en un estudio realizado en la ciudad de Medellín, se indica que cerca del 46% de los desplazados deben recorrer distancias a pie durante un tiempo aproximado de

30 minutos, debido en gran medida a las dificultades que tienen para el pago del transporte público y a la falta de vías de penetración de los asentamientos donde residen, ya que aproximadamente un 75% de ellos cuentan con caminos de tierra (Organización Panamericana de la Salud, Universidad de Antioquia, 2002). De igual manera, el estudio de Fresneda (2002), indica que una de las razones que a nivel de los usuarios ha ido incrementando el no uso de los servicios de salud, se debe a la lejanía que los usuarios expresan con relación a los centros de salud.

Finalmente, otro factor que influye en el acceso geográfico a los centros de atención, es la inseguridad que tienen muchos de los barrios en donde reside la población desplazada y que fue percibida por la gran mayoría de los informantes. Resultados que tienen correspondencia con el análisis efectuado por el Departamento Administrativo de Bienestar Social (2004); en donde se ha descrito el incremento en la criminalidad y la tasa de homicidios en algunas de las localidades de estudio, lo que se constituye en una limitante para la asistencia a los centros de atención, principalmente en los horarios nocturnos.

Los tiempos de espera para la atención, fueron otro de los factores que suscitaron controversia en los distintos entrevistados, dada la percepción de gestores y personal administrativo del mejoramiento de los tiempos que han sido asignados para la atención, en contraposición con la visión negativa que mostraron profesionales de la salud y la gran mayoría de los usuarios desplazados. En relación con ésta situación, algunos autores han descrito, que éste tipo de resultados son frecuentes, ya que al estar los tiempos de espera determinados por los proveedores y no por los usuarios de los servicios, el tiempo más conveniente para obtener los servicios puede ser diferente del tiempo aceptado por los proveedores (Vásquez y Velandia, 2001).

No obstante, el incremento en la demanda de atención que han tenido algunas instituciones, es una de las situaciones que probablemente ha provocado que resulten insuficientes los profesionales disponibles para la atención, obligando a incrementar los tiempos de espera en la asignación de las citas.

Sin embargo, hubo acuerdo en los entrevistados en que los tiempos de espera más prolongados se evidencian en la atención especializada, así como en la autorización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos de mayor costo, situación que fue ejemplificada en el estudio de caso de la usuaria en condición de desplazamiento. Con respecto a ésta

circunstancia, los prestadores de servicios, coinciden en plantear que la asignación de los tiempos de espera, depende en gran medida de la organización interna que manejan las ESE de mayor nivel de complejidad. Sin embargo, si ésta situación se relaciona con la restricción en los servicios que han tenido que efectuar las IPS, podría pensarse que los tiempos de espera para la atención especializada y los procedimientos de alto costo, hacen parte de una estrategia de contención de costos, dentro de los planes de aseguramiento que tiene el actual SGSSS.

Uno de los estudios que en el país evaluó la oportunidad de la atención y calidad percibida de los servicios de salud, indicó que los servicios que evidencian grados inferiores de oportunidad corresponden a los de medicina especializada, rehabilitación y urgencias (Fresneda, 2002), siendo mayores los niveles de insatisfacción entre la población vinculada y los afiliados al régimen subsidiado en relación con los beneficiarios del régimen contributivo.

En relación con los horarios para la atención, al parecer existe adecuación de los horarios asignados en las franjas diurnas. No obstante, las dificultades se presentan en gran medida en los horarios nocturnos, como consecuencia del menor número de instituciones que ofrecen atención las 24 horas, así como a la disminución del transporte urbano en las horas nocturnas y a la inseguridad que presentan una gran parte de sus barrios.

En cuanto a los recursos disponibles para la atención, aunque en las respuestas de los gestores, personal administrativo y profesionales de la salud, se reconoce el esfuerzo de las instituciones, para dar cumplimiento a los estándares de calidad exigidos por el gobierno nacional y distrital, sus opiniones revelan fallas tanto en la infraestructura, como en los demás recursos para la atención. Esta situación puede atribuirse a que muchas ESE, encuentran supeditada la continuidad de su funcionamiento, al equilibrio entre sus déficits presupuestales y la capacidad de generación de ingresos (Quintana, 2002), lo que les impide contar con un amplio número de recursos para la atención.

Entre los profesionales de la salud y el personal administrativo, hubo acuerdo en que muchas de las ESE, tanto las de primer nivel como las de mayor nivel de complejidad, presentan problemas relacionados con el bajo número de camas disponibles para la atención, así como en la dotación de medios diagnósticos, equipos de laboratorio y provisión de medicamentos, coincidiendo con el análisis efectuado por la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Nacional de Salud (2003), que considera que los usuarios de las ESE, principalmente

los que se encuentran en condición de vinculados, se enfrentan en la actualidad a los déficits estructurales que tienen dichas instituciones.

En lo que respecta a los servicios ofertados desde las ESE, aunque desde la política se ha promovido el desarrollo de programas que favorezcan a los grupos que sufren una mayor vulnerabilidad con el desplazamiento, en la descripción de los servicios ofrecidos a nivel institucional, no se evidencian programas que canalicen acciones específicas hacia éstos colectivos adicionales a los contemplados dentro del PAB y a los servicios que como instituciones de primer nivel pueden ofrecer en el POS. Para algunos autores, ésta situación se explica por la aplicación que en muchas instituciones se sigue dando de los modelos tradicionales de asistencia, sin tener en cuenta la heterogeneidad que existe entre los grupos de desplazados (Codhes, 2001; PNUD, 2003). Desde ésta perspectiva, se entiende por qué las mujeres, niños, adultos mayores, discapacitados, comunidades indígenas y poblaciones afrocolombianas que han sido desplazados, no han tenido una solución adecuada a sus necesidades en salud, a pesar de que la política los enuncia como colectivos a quienes se les debe proporcionar un trato preferencial en salud (Grupo Temático de Desplazamiento, 2002; Acnur, 2003). De allí que es perentorio que los planes de atención incorporen programas de salud reproductiva para la mujer y planes de atención psicosocial dirigidos para la infancia, así como elementos culturales propios de las comunidades indígenas y afrocolombianas, que permitan solucionar sus principales necesidades de salud (Acnur, 2002).

Otra de los factores que desde las instituciones influyen en el acceso de la población desplazada a las ESE, es la divulgación de la información tanto a prestadores de servicios como a la población desplazada. Aunque desde las ESE, se han diseñado estrategias para divulgar la información a los distintos entrevistados, es evidente el desconocimiento de sus alcances, en una gran parte de ellos. Estos resultados coinciden con los de la Fundación Menonita Colombiana para el Desarrollo (2003), en los que se enuncia el desconocimiento que tiene el personal de salud sobre la normatividad existente, así como de los procedimientos que deben ser llevados a cabo para la atención de la población desplazada.

El bajo conocimiento que existe en los trabajadores de algunas instituciones, puede ser atribuido, a la demora en la entrega de la información desde instancias superiores y en otras oportunidades, a la información segmentada que desde las ESE se proporciona al personal de salud de acuerdo con el tipo de funciones que desempeñan dentro de la institución.

En cuanto al suministro de información hacia la población desplazada, llama la atención la diferencia de opiniones entre los prestadores de servicios, principalmente en los gestores, ya que mientras algunos expresaron las estrategias que utilizan para divulgar la información, otros manifestaron abiertamente que a nivel institucional no se llevan a cabo actividades de divulgación. Situación que puede tener correspondencia con la restricción en la prestación de servicios de salud hacia la población desplazada que algunas instituciones de salud hicieron en su momento.

Estas percepciones son compartidas por la gran mayoría de desplazados, quienes además de exponer el desconocimiento que evidencian en una gran parte de los trabajadores de las instituciones, atribuyen ésta desinformación al pobre papel que ha tenido el gobierno y las instituciones del sector salud en la divulgación de las políticas de atención para la población desplazada, así como de los procedimientos para la atención de éste colectivo.

Desde algunos prestadores de servicios, principalmente a nivel del personal administrativo, se destaca que los problemas con la divulgación de la información, también proviene de otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales, que participan en los programas de atención hacia la población desplazada. Esta situación podría explicarse como un mecanismo para eludir sus responsabilidades frente a la atención de la población desplazada y por otra, a la falta de actualización en los cambios que se han generado en su implementación.

No obstante, en lo que si existe reconocimiento por parte de los diversos entrevistados, es que se están duplicando esfuerzos institucionales y que se han incrementado los trámites que deben efectuar los usuarios para el logro de la atención. Situaciones que responden a la falta de información oportuna sobre la política de atención en salud para la población desplazada y al bajo impacto que pueden tener las estrategias diseñadas para su divulgación. Lo que ha conllevado a que la población desplazada tenga problemas para acceder de manera oportuna a la información relacionada con sus derechos o a la ayuda humanitaria que pueden recibir tanto del Estado como de otras instituciones (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2003).

## ***6.5 La posibilidad de acceso de la población desplazada a los servicios de salud: la lucha entre el sobrevivir y la solución de sus necesidades en salud***

La precaria situación económica del desplazado en la ciudad, derivado en gran medida de la pérdida de los bienes de subsistencia y de la dificultad para la generación de ingresos, se constituye en opinión de la mayoría de los entrevistados en el principal factor que limita la satisfacción de sus necesidades básicas y el acceso a los servicios de salud. Estos resultados coinciden con diversas investigaciones, en las que se ha enunciado que la fase de transición, es la fase del desplazamiento que conlleva a mayores dificultades, dado el cese que se presenta de las ayudas humanitarias, así como de la necesidad de generar una subsistencia independiente (Hernández y Vega, 2002; González, 2002; Secretariado Nacional de Pastoral Social, 2003).

Las limitaciones económicas de la familia, pueden incrementarse cuando la jefatura del hogar lo posee la mujer (Organización Internacional para las Migraciones, 2001); y a pesar de contar con mayores posibilidades para involucrarse en el mercado laboral, es menor el reconocimiento económico que recibe por su trabajo (Secretariado Nacional de Pastoral Social, 2003). De allí que los hogares con jefatura femenina, son los que presentan mayores dificultades para satisfacer sus necesidades básicas, entre ellas, las relacionadas con la salud.

Con respecto a la posibilidad que tiene la población desplazada de satisfacer sus necesidades básicas en relación con el resto de la población colombiana que se encuentra en similares condiciones de pobreza, estudios desarrollados en diferentes ciudades del país, entre población desplazada y población residente de estrato 1, indican la presencia de mayores condiciones de vulnerabilidad para la población desplazada. Entre los aspectos a destacar se encuentra que a nivel de empleo, las familias desplazadas tienen un ingreso menor a los de estrato 1. En un 74.3% de los desplazados, se reciben ingresos inferiores a un salario mínimo en relación con el 51,2% de los de estrato 1. Unido a ello, los índices de escolaridad son más bajos en la población desplazada, por lo que tienden a ser menos competitivos en la búsqueda de una actividad laboral (OPS, Universidad de Antioquia, 2002). En cuanto a la satisfacción de otras necesidades básicas, la población desplazada en un mayor porcentaje construye sus viviendas con materias desechables y tienen un mayor índice de inseguridad alimentaria (OPS y Universidad de Antioquia, 2002; OPS e Instituto Nacional de Salud, 2003).

Desde ésta perspectiva, son muchas las necesidades básicas insatisfechas, que presenta la población desplazada, entre las que se encuentran la alimentación, la vivienda, el vestido, la continuidad de los estudios para los hijos y el acceso a los servicios de salud, entre otras.

Desde el punto de vista de los prestadores de los servicios y de la población desplazada, la difícil situación económica que presenta éste colectivo, obliga a priorizar el tipo de necesidades que son urgentes de resolver, encontrando que en algunas ocasiones, la atención en salud, pasa a un plano secundario en relación con otras necesidades básicas. Para la mayor parte de los entrevistados, las dificultades económicas, impiden en muchas ocasiones el pago de las consultas o la compra de medicamentos, así como el pago del transporte para acceder a las ESE. Estos resultados coinciden con otros estudios efectuados en Colombia, en los que se ha valorado que la barrera más determinante para el acceso a los servicios de salud de la población más pobre y que no se encuentra afiliada al SGSSS, lo constituye el factor económico (Grupo de Economía de la Salud, 2001; Céspedes y cols, 2000), lo que conlleva a dificultades para asumir el monto de las cotizaciones al SGSSS, así como el valor de las cuotas moderadoras y de los copagos y en casos extremos como el de los vinculados a no contar con el monto exigido para la atención inicial de urgencias (Paredes, 2003). Contrario a lo que sucede con la población que si se encuentra afiliada al SGSSS, en donde el factor que más incide en la no asistencia a los servicios de salud, lo constituye la falta de gravedad en el caso de existencia de enfermedad (Céspedes y cols, 2000).

De otra parte, el bajo nivel de información que poseen los usuarios en condición de desplazamiento sobre las políticas públicas que han sido diseñadas para su atención, así como de sus derechos y deberes en salud, son otro de los factores que perciben los entrevistados como limitante para el acceso a los servicios de salud, siendo sus principales causas la desorientación que provoca una nueva vida en la ciudad, la superación del trauma que ha generado el desplazamiento, así como la poca o inadecuada información que reciben del entorno. Situaciones todas que conllevan a dificultades para la identificación de fuentes y recursos para la atención.

De igual manera, el desconocimiento o la inadecuada información que poseen sobre sus derechos y deberes en salud, así como de las políticas que han sido diseñadas a nivel gubernamental, hacen que el desplazado genere altas expectativas en relación con la ayuda que pueden recibir de las instituciones. Según los planteamientos de Acnur (2002), el bajo nivel de información que posee la población desplazada favorece la generación de falsas expectativas así como la posibilidad de ser manipulados por terceras personas, que buscan obtener ganancias secundarias de su situación.

Aunque los resultados del estudio reflejaron desconocimiento de la población desplazada en general, otras investigaciones revelan que la falta de conocimientos sobre los derechos en salud, son mayores en la mujer que ha sido víctima del desplazamiento, evidenciando que cerca de un 73% de ellas no conoce los procedimientos para inscribirse ante el SUR ni los beneficios que esto puede representarle (OPS y OMS, 2001).

Para otros autores, la poca información que posee la población desplazada, se debe a que no se identifican como sujetos de derecho, al carecer de una conciencia de ciudadanía (López, 2001). Situación que puede ser atribuida a su bajo nivel cultural y a los procesos de exclusión y marginación social a los que se han visto sometidos. No obstante, aunque esta situación es muy frecuente en la población desplazada, Agudelo y cols (2002), considera que la falta de información sobre los derechos y deberes y salud es un problema evidenciado en gran parte de los usuarios del SGSSS, destacando que en el caso de los usuarios pertenecientes al régimen subsidiado, sólo un 34,1% de ellos tiene un adecuado conocimiento, en relación con un 52,7% que cuenta con un conocimiento parcial y un 13,2% que no los conoce.

Asociado a los problemas de información, otra de las limitaciones que tiene el usuario para acceder a los servicios de salud, se debe a la no acreditación de su condición de desplazado. Al respecto la mayor parte de los entrevistados, considera que ello se debe a la falta de documentos de identidad, al temor que les genera el denunciar los hechos que provocaron su desplazamiento y en otras ocasiones, al desconocimiento de los procesos a seguir.

La falta de documentos de identidad, es una situación que con alguna frecuencia se presenta en la población desplazada y que en opinión de los prestadores de servicios principalmente gestores y personal administrativo, se origina de la manera como los desplazados han tenido que huir de sus territorios. Sin embargo, en otros estudios se ha reportado que muchos desplazados nunca diligenciaron el trámite de sus documentos de identificación, en tanto que otros los habían destruido para evitar ser localizados (González, 2001).

No obstante, los prestadores de servicios reconocen que aunque no son muchos los casos en que se presenta ésta situación, si conlleva a dificultades para el usuario que llega a la ciudad, dada la obligatoriedad de contar con un documento de identidad que les permita adelantar los trámites para la atención. Situación que afecta la atención desde los servicios de salud, dada la obligatoriedad que tienen las ESE, de proporcionar atención a las personas que se encuentren inscritas dentro del SUR, así como de anexar a las cuentas de cobro, una copia de los

documentos de identidad de los beneficiarios de las políticas que han sido atendidos a nivel institucional.

Algunos gestores, destacan que el temor a las represalias que puedan llevar a cabo las personas que provocaron el desplazamiento, es otro de los factores que inciden para que los desplazados, no efectúen una declaración oportuna de los hechos. Al respecto González (2001), establece que aun cuando los desplazados tienen derecho a solicitar protección a la Dirección de Derechos Humanos del Ministerio del Interior, en aquellos casos en que han recibido amenazas y agresiones, los trámites pueden resultar muy complejos, por lo que en muchas ocasiones los desplazados no tienen la confianza necesaria para adelantar dicho proceso.

En otras oportunidades, el temor a ser estigmatizados socialmente, los conduce a permanecer en el anonimato; dificultando de ésta manera, su reconocimiento como beneficiarios de la política. Muchos desplazados perciben situaciones de marginación y de exclusión social, por parte de las comunidades receptoras, que los obliga a describir su situación exclusivamente a sus familiares y amigos más cercanos, dado el rechazo social que genera en algunas casos su situación (Procuraduría General de la Nación, 1999).

Esta situación se atribuye al estigma social que genera la condición de desplazado en algunas comunidades receptoras, llevando incluso a poner en riesgo la integridad personal de algunos desplazados (González, 2001). En el ámbito popular, a la población desplazada se le ha relacionado con grupos armados, como colectivos que se han dedicado a la mendicidad y en otros casos, a que su condición social les ha permitido acceder a una serie de beneficios, que la población de similares condiciones socioeconómicas no ha tenido en el país; situaciones que dificultan aún más no solo su interacción social con la población de los barrios en donde se asientan, sino en general, su adaptación a la ciudad.

Otro factor que favorece la exclusión social del desplazado en la ciudad, es que su dinámica no ha sido asumida como un problema que involucre a la ciudadanía en general, debido en gran medida a la escasa sensibilidad y conciencia social, que tiene una parte de los habitantes de la ciudad. Aunque en algunos casos, existe interés de los ciudadanos, en brindar apoyo a éste colectivo, no existen orientaciones claras, que permitan identificar los mecanismos para participar en éste proceso (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2003).

Los anteriores factores, inciden para que desde el punto de vista social, la población desplazada, no encuentre en muchos casos, redes de apoyo social en las comunidades receptoras. Por otra parte, en cuanto a los procesos de organización social, la población desplazada refleja muy baja capacidad organizativa. Según el Secretario Nacional de Pastoral Social (2003), sólo un 19% de la población desplazada pertenece a algún tipo de organización comunitaria. Atribuyéndose la baja interacción con las comunidades en donde residen, a las dificultades para la obtención de información y a los procesos de desorientación y adaptación que provoca el desarrollar una nueva vida en la ciudad. Lo que ha hecho que muchos de ellos supediten la búsqueda de apoyo en las instancias que representan al gobierno y a la colaboración que les puedan proporcionar las Organizaciones no gubernamentales.

No obstante, el estigma social, es un factor que los desplazados no sólo describen en las comunidades receptoras, sino que en ocasiones también evidencian en los prestadores de servicios, principalmente en quienes apoyan procesos administrativos. Por su parte, los prestadores de servicios, principalmente los gestores y el personal administrativo, visualizan en muchos casos, al desplazado como una persona conflictiva, inconforme y con poca aceptación de las normas existentes.

Esta situación, se explica en parte, como una respuesta de la población a las situaciones de violencia que les ha generado el desplazamiento, a la difícil situación que viven en las ciudades y a la frustración que les genera enfrentarse a diversas restricciones para el acceso a los servicios de salud. Eventos que podrían explicar no solo las actitudes que tienen los desplazados hacia los servicios de salud, sino también la manera como actúan en relación con el cuidado de su salud.

Las actitudes de la población desplazada en relación con el cuidado de su salud, fueron percibidas de manera distinta entre los prestadores de los servicios y los usuarios desplazados. En el caso de los prestadores de los servicios, se considera que los usuarios, tienen bajos niveles de cuidado y de compromiso en relación con su salud, limitando su asistencia a procesos curativos y con muy poco interés hacia las acciones preventivas. No obstante, es necesario tener en cuenta otros factores que pueden incidir en éste tipo de circunstancias, como puede ser el acceso limitado que la población desplazada haya podido tener de éstos programas en sus lugares de origen; ya que no se puede desconocer que una gran parte de la

población desplazada, procede de ámbitos rurales, en donde las distancias geográficas son un determinante para la asistencia a los centros de salud.

Aunque en Colombia, toda la población puede acceder de manera gratuita a las actividades de promoción y prevención, de vigilancia en salud pública y de control de factores de riesgo contemplados desde el PAB; durante muchos años, se privilegiaron los servicios de tipo curativo, confiriendo poco tiempo y recursos a las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad (Hernández y Vega, 2002), situación que ha podido incidir en el bajo conocimiento que a nivel rural tiene la población desplazada de éstos programas.

En contraste con los planteamientos de los prestadores de los servicios, en las respuestas de los desplazados se observa consolidada la importancia de asistir a los servicios médicos, pero supeditándolo a las posibilidades de acceso que tengan a los servicios de salud, que dependen en gran medida de sus condiciones económicas. En éste sentido, priorizan la asistencia a los servicios de salud, para aquellos eventos que no pueden ser solucionados a través de las alternativas que tienen para su alcance.

Llama la atención que las personas que no se encuentran afiliadas al SGSSS, tienden a aceptar con menor frecuencia que se encuentran enfermos, dados los inconvenientes que se les presentan para suspender sus actividades normales y dar una respuesta a sus necesidades (Fresneda, 2002). Esta situación que en la mayoría de las ocasiones está mediada por su precaria condición económica, denota las dificultades de las personas que tienen un mayor índice de Necesidades Básicas Insatisfechas para acceder de manera oportuna a los servicios de salud.

Por otra parte, no se puede desconocer que en muchos usuarios, no necesariamente en condición de desplazamiento, la cultura popular ejerce una influencia fundamental, en la toma de decisiones en relación con el cuidado de la salud, de allí que el uso de los saberes populares se constituye en otra de las opciones que tienen a su alcance para dar solución a sus problemas de salud. Los resultados del estudio indican que la población desplazada, acude en gran medida a los saberes de tipo popular para el manejo de los problemas de salud considerados como leves, así como a la automedicación y a la prescripción de medicamentos por parte de los dependientes de las farmacias. No obstante, éstas alternativas también son utilizadas en aquellos casos en que al tener restricciones para el acceso a los servicios de salud, deben buscar otras opciones para dar respuesta a sus crecientes problemas de salud.

En relación con sus problemas de salud, existió consenso en los entrevistados, que las condiciones de vulnerabilidad que tiene la población desplazada en la ciudad, favorecen la existencia de diversos problemas de salud. Al respecto, los profesionales de la salud identifican que el compromiso de la salud mental, la presencia de desnutrición, la adquisición de enfermedades infecciosas y los problemas de tipo odontológico; se constituyen en las afecciones más evidenciadas, tanto en la población adulta como en la infantil. Estos resultados coinciden con estudios, desarrollados tanto en población desplazada como con refugiados a nivel internacional, al considerar que la vulnerabilidad que presenta ésta población los hace susceptibles de presentar altas tasas de morbilidad por condiciones prevenibles, como las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y las deficiencias nutricionales (Leus X y cols, 2001; Waldman, 2001; McKee y Janson; 2001).

En la población desplazada, confluyen enfermedades derivadas del desplazamiento como otras que tienen correspondencia con el perfil epidemiológico de la población colombiana en similares condiciones de vida (Secretariado Nacional de Pastoral Social, 2002; Organización Panamericana de la Salud, 2002). De allí, que las enfermedades crónicas y degenerativas en la población adulta y el embarazo tanto en la mujer adulta como en la adolescente, son otros de los motivos de consulta, que con frecuencia son evidenciados por los profesionales de la salud.

En relación con los factores que inciden en su presentación, son diversas las causas que influyen en sus problemas de salud. Sin embargo, los prestadores de servicios destacaron como las más significativas, la violencia que provoca el desplazamiento, la difícil situación económica por la que atraviesan las familias desplazadas, las condiciones medioambientales y los bajos niveles de educación y cuidado de la salud que tienen muchos de ellos.

En concordancia con éstos resultados, diversos estudios han demostrado que las acciones de violencia que han vivido los desplazados en sus territorios de origen, unido al desarraigo que provoca el desplazamiento y la posterior adaptación a las nuevas condiciones de vida en la ciudad, favorecen el deterioro de la salud mental, así como la pérdida de la estabilidad psicosocial en muchos de ellos (Castaño, 1996; Mollica, 1999; Carreño y Millán, 2002).

Por otra parte, la precaria situación económica que padece la población desplazada hace que disminuyan en gran medida la calidad y la cantidad de alimentos consumidos, lo que favorece el desarrollo de problemas nutricionales, siendo uno de los grupos más afectados por esta

situación los niños, quienes pueden llegar a presentar índices de desnutrición que se encuentran por encima de la media nacional (González, 2001). De igual manera, las condiciones medioambientales de los barrios donde residen, asociado a los déficit en los servicios públicos, la exposición a vectores y el hacinamiento en los hogares, los hace susceptibles al desarrollo de enfermedades principalmente de origen infeccioso (Global IDP Project, 2004; Leus X y cols, 2001; Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Otro de los resultados que arrojó el estudio, es el incremento de las tasas de embarazo, que evidencian los prestadores de servicios, principalmente en las adolescentes. Situación que resulta más compleja si se tienen en cuenta que su asistencia a los controles prenatales es muy reducida, dado que casi siempre consultan en estadíos avanzados de su gestación. Estos planteamientos coinciden con los efectuados por otras instituciones, en los que se ha descrito que la fecundidad de las adolescentes desplazadas es mas alta que en el contexto nacional (Marie Stopes International, 2004), (Asociación ProBienestar de la Familia Colombiana, 2001). Situaciones que muestran la alta vulnerabilidad que tiene hoy en día la mujer desplazada principalmente la adolescente y que está mediada por circunstancias familiares y ambientales, como la pérdida de la estabilidad psicosocial, la desintegración de la familia, el hacinamiento, la violencia de los lugares en donde residen y las dificultades de acceso a los anticonceptivos, entre otros aspectos.

En general, los resultados del estudio reflejan concordancia entre la opinión de los profesionales de la salud con respecto a los problemas de salud percibidos por la población y sus principales requerimientos de atención; los cuales se circunscriben de manera primordial, a la atención médica, al soporte psicológico y al apoyo nutricional. No obstante, la atención odontológica, el suministro de ayudas protésicas y de medicamentos, son otros factores que desde los desplazados se demandan como necesarios para el mejoramiento de sus condiciones de salud, y que coinciden con estudios previos desarrollados al respecto (Mogollón y cols, 2002).

Los anteriores resultados reflejan que ante el número creciente de dificultades que afronta la población desplazada, unido a los problemas para el acceso a los servicios de salud; se requiere desde las instituciones de salud y desde el sector estatal, una clara identificación de las necesidades en salud que tiene éste colectivo, una mayor preocupación por el suministro de servicios y una voluntad política que permita la eliminación de las barreras económicas

que impiden su realización (Gutiérrez y Gutiérrez, 2000). Situación que en el caso colombiano, implica no solo reconocer la salud como un derecho fundamental que debe restablecerse en la población desplazada, sino de igual manera, el desarrollo de estrategias de estabilización socioeconómica a largo plazo, que permitan la verdadera integración social de las personas que han sido víctimas del desplazamiento forzado.

---

## 7 CONCLUSIONES

---

Durante el periodo 1997-2003, Colombia realizó un avance significativo en la formulación de la política de atención en salud para la población desplazada, buscando que sus principios y sus alcances, estuvieran acordes con los lineamientos de la Constitución Política Colombiana y la Ley 100 de 1993, que rige el actual SGSSS en el país. En éste sentido, puede considerarse que la concepción de salud como un derecho fundamental, el reconocimiento de la vulnerabilidad social que provoca el desplazamiento y el favorecimiento de la afiliación al SGSSS, surgen como los principios y objetivos que desde las políticas de salud, facilitan el acceso potencial de la población desplazada a los servicios de salud.

Desde el análisis del contenido de las políticas y del punto de vista de prestadores de servicios y usuarios en condición de desplazamiento, se evidencia que la falta de claridad y continuidad en los planteamientos de las políticas, los requisitos establecidos para su atención, las dificultades para su financiación y las restricciones en las prestaciones que se otorgan de acuerdo con el tipo de aseguramiento, se constituyen en los principales factores que desde las políticas de atención generan inequidad en el acceso de la población desplazada a las ESE.

Aunque el incremento de la afiliación al SGSSS surge como uno de los aspectos que gestores y personal administrativo valora de manera positiva en la política de atención, las dificultades que afrontan los desplazados para el logro de su afiliación y el posterior acceso a los servicios de salud, se constituyen en una de las principales rupturas que presenta la actual política de atención en salud de la población desplazada.

Las dificultades para la facturación de los servicios y el mantenimiento del equilibrio financiero de las ESE, surgieron como uno de los factores críticos que tanto gestores como personal administrativo evidenciaron en la implementación de la política de atención en salud para la población desplazada y que se constituyó en una de las principales barreras para la atención integral de éste colectivo.

El desconocimiento de los cambios y los alcances de la política de atención en salud para la población desplazada, en algunos prestadores de servicios y en la gran mayoría de los usuarios desplazados, refleja las fallas que el gobierno nacional y las instituciones de salud han tenido en la divulgación de las políticas de atención, así como un bajo ejercicio de su ciudadanía en salud por parte de la población desplazada.

Tanto prestadores de servicios como población desplazada, coinciden en que las precarias condiciones económicas se constituyen en el principal factor que desde los usuarios restringe el acceso potencial y real a las ESE. Situación que es mas compleja en las personas que no han logrado su afiliación al SGSSS, dadas las dificultades para asumir el pago del transporte, el valor de las consultas y de los procedimientos diagnósticos, así como el cumplimiento de los esquemas terapéuticos que han sido prescritos.

La población desplazada es un grupo altamente vulnerable, en quienes convergen las consecuencias directas del desplazamiento con la precariedad de sus condiciones de vida en la ciudad y la susceptibilidad de presentar problemas de salud de diversa índole. De allí que las enfermedades infecciosas, el compromiso de la salud mental, los problemas relacionados con la alimentación, el embarazo temprano en la mujer, las enfermedades degenerativas y las afecciones odontológicas, se constituyen en los principales problemas de salud, que son identificados por los prestadores de servicios y que en la actualidad demandan la atención de las ESE.

La política de estabilización a largo plazo, debe garantizar medidas reales que posibiliten a la población desplazada el acceso a una vivienda digna, a una alimentación adecuada y a un trabajo remunerado; dado que son los principales factores que inciden en la presentación de sus problemas de salud y en el posterior acceso a los servicios de salud. En éste sentido, la restitución de sus derechos fundamentales, se convierte en la única alternativa para el logro de su integración social.

---

## **8 SUGERENCIAS PARA EL MEJORAMIENTO DEL ACCESO DE LA POBLACION DESPLAZADA A LAS ESE**

---

### ***8.1 Sugerencias hacia el gobierno nacional***

En la formulación de las políticas públicas, así como en los programas que quieran implementarse, es necesario partir de un mayor conocimiento de las verdaderas necesidades de atención que tiene la población desplazada y se diseñen estrategias de solución para el mediano y largo plazo.

Debe garantizarse la continuidad en la política de atención en salud para la población desplazada, así como formular indicadores que permitan reconocer el impacto que ésta tiene sobre sus beneficiarios.

Debe favorecerse la participación de la población desplazada en la identificación de las propuestas de solución, así como en el seguimiento de las acciones que se desarrollen.

Es necesario detectar de manera oportuna a la población desplazada, principalmente a la que migra de manera dispersa, con el fin de que pueda ser canalizada ante las instancias gubernamentales encargadas de su manejo.

Se requiere una mayor coordinación entre el gobierno nacional y las entidades territoriales, garantizando la existencia de fuentes de financiación que respalden los procesos de afiliación de la población desplazada al SGSSS.

Es perentorio agilizar los procesos de inscripción de los usuarios ante el SUR, así como depurar la información que existe en el Sistema, contrastando la información oficial que posee la Red de Solidaridad Social, con la que es manejada por otras entidades que dirigen acciones hacia la población desplazada.

Es importante revisar los criterios que están siendo utilizados para el reconocimiento de la condición de desplazados, favoreciendo la inscripción ante el SUR de las personas que realmente han sido víctimas del desplazamiento forzado.

Es perentorio llevar a cabo un proceso de seguimiento hacia la población desplazada que no ha logrado su inscripción ante el SUR y que se encuentra en calidad de vinculada al SGSSS,

dado que es la población que en la actualidad sufre las mayores barreras para el acceso a los servicios de salud.

En cuanto a la población que logró su afiliación al SGSSS, es necesario llevar a cabo un proceso de seguimiento de sus condiciones de vida en la ciudad, ya que dadas las múltiples circunstancias que influyen en el acceso a los servicios de salud, su afiliación al SGSSS no garantiza por si misma el mejoramiento de sus condiciones de salud.

Es necesario que el gobierno nacional genere una mayor divulgación de la política de atención en salud para la población desplazada, tanto a las distintas instituciones que hacen parte del SNAIPD como a los usuarios desplazados y a la comunidad en general.

Se sugiere promover una política de concienciación ciudadana, que posibilite su participación frente a la solución de la problemática del desplazamiento forzado en el país, reconociéndolo como uno de los principales problemas de salud pública que se tiene en la actualidad.

## ***8.2 Sugerencias hacia las ESE***

Mejorar los mecanismos de coordinación y comunicación con otras instancias que a nivel gubernamental apoyan la prestación de los servicios de salud hacia la población desplazada, como son la Red de Solidaridad Social, el Ministerio de Protección Social y la Secretaría de Salud de Bogotá, entre otras instituciones.

Fortalecer la discusión y socialización oportuna de las políticas de atención en salud para la población desplazada, así como de los procedimientos para su atención.

Aunque se reconoce la importancia de actualizar a los prestadores de servicios, que por las funciones inherentes a su cargo, tienen que ver con la implementación de la política en los respectivos centros de atención, deben llevarse a cabo esfuerzos adicionales, que permitan que todos los trabajadores de las instituciones tengan un mayor conocimiento sobre las políticas existentes.

Fortalecer el desarrollo de redes sociales, que puedan apoyar y retroalimentar la divulgación de las políticas de atención para la población desplazada así como el fortalecimiento de los programas de educación en salud, que se desarrollos a nivel extramural, de tal manera que se

logre una mayor participación de la población desplazada, dentro de los programas de promoción y prevención.

Fortalecer los sistemas de evaluación y seguimiento de la prestación de servicios de salud que se proporciona a la población desplazada, así como los sistemas de información e indicadores de gestión en ésta área.

Favorecer la identificación oportuna de la población desplazada que reside en las localidades, mediante el trabajo con otras instancias gubernamentales, ONG's y organizaciones comunitarias, promoviendo el acceso de éstas familias a los servicios de salud.

---

---

## 9 BIBLIOGRAFÍA

---

---

1. Aday LA, Andersen RM. A framework for the study of access to medical care. *HSR*. 1974; 9(2):202-20.
2. Aday LA, Fleming GV, Andersen RM. Access to medical care in the US: Who has it, who doesn't. Research series No. 32. Chicago: University of Chicago, Center for Health Administration Studies. Pluribus Press Inc; 1984.
3. Aday LA, Andersen RM. Theoretical framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1993; (9): 208 – 222.
4. Aday LA. Access to what and why? Toward a new generation of access indicators. *Proceedings of the Public Health Conference on Records and Statistics*. Washington DC: Government Printing Office; 1993.
5. Agudelo CA, Arevalo A, Cárdenas R, Fresneda O, Jaramillo I, Martínez P, Martínez FL, Medina A, Poveda A, Prada L, Restrepo DI, Rueda LA. *¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos en el régimen subsidiado*. Colección la Seguridad Social en la encrucijada. Universidad Nacional de Colombia, Ministerio de Salud, Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Bogotá: Unibiblos; 2002.
6. Ahumada C. *El Modelo Neoliberal y su Impacto en la Sociedad Colombiana*. Santa Fe de Bogotá: Ancora Editores; 1996.
7. Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá. Decreto No. 812 de 1996. Por el cual se modifica la estructura y se establecen los objetivos y funciones de las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud. *Registro Distrital 1323* (Dic 31, 1996).
8. Alcaldía Mayor de Bogotá [homepage en internet]. Bogotá: Departamento Administrativo de Bienestar Social. 2004 Las localidades. Descripción de Características. 2004. [citado en abr 2004]. Disponible en:

<http://www.bienestarbogota.gov.co/localidades/caracterizacion/contenido.asp?idlocalidad=19&idestructura=2>

9. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. ACNUR. Oficina de Colombia. Proyecto Bogotá cómo vamos?. La población desplazada por la violencia en Bogotá. Una responsabilidad de todos. Memorias I Foro sobre la población desplazada en Bogotá; 2003, Bogotá, Colombia; 2003.
10. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. ACNUR. Oficina de Colombia. Balance de la Política de Atención al desplazamiento Interno forzado en Colombia. 1999-2002. Bogotá: ACNUR; 2002.
11. Andersen R. Health status indices and access to medical care. *Am J Public Health*. 1978; (68):458-463.
12. Andersen R, Newman J. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. Department of Health, Education and Welfare. 1979.
13. Andersen M, Davidson P, Ganz P. Symbiotic relationships of quality of life, health services Research, and other health research. *Qual Life Res*. 1994; (3): 365-371.
14. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *J Health Soc Behav*. 1995; (36):1-10.
15. Arango, H. El Conflicto Armado en Colombia. En: Convenio Unicef-Fes Defensoría del Pueblo. Impacto de los conflictos armados en la Infancia. Memorias de la Consulta para la Región América Latina y del Caribe. Santa Fe de Bogotá, Colombia; 1996. p. 37-70.
16. Arias S. (Universidad de Antioquia. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”). Reporte Final. Análisis de género de la situación de salud de la población desplazada y no desplazada en cuatro asentamientos marginales de Medellín, 2002.

17. Arquidiócesis de Bogotá, Codhes. Desplazados: Huellas de nunca borrar. Casos de Bogotá y Soacha. Bogotá: La Arquidiócesis de Bogotá. Codhes; 1999.
18. Arquidiócesis de Bogotá, Codhes. Senderos. Rostros Invisibles del desplazamiento en Bogotá. Bogotá: La Arquidiócesis de Bogotá: Codhes; 2001.
19. Asa A. Media Research Techniques. London: Sage Publications. The International Professional Publishers; 1991.
20. Asociación ProBienestar de la Familia Colombiana. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Zonas Marginales. Situación de las Mujeres Desplazadas. Reporte Final. Bogotá: Profamilia; 2001.
21. Bashshur RL. Objectives and Format. Integrative Seminar in Medical Care. Ann Arbor, Michigan: Department of Medical Care Organization, The University of Michigan; 1982.
22. Berki SE, Ashcraft M. On the analysis of ambulatory utilization: an investigation of the roles, needs, access and price as predictors of illness and preventive services. Medical Care. 1979; 17(12):1163-81.
23. Bradley E, McGraw S, Curry L, Buckser A, King K, Kasl S, et al. Expanding the Andersen Model: the role of psychosocial factors in long-term care use. HSR. 2002; 37 (5):1221-1242.
24. Camacho A, Guzmán A. La violencia urbana en Colombia: teorías, modalidades, perspectivas. En: Fescol- IEPRI. Nuevas visiones sobre la violencia en Colombia. Santa fe de Bogotá: Fescol- IEPRI; 1997.
25. Carreño L, Millán H. Estudios diagnósticos para el fortalecimiento Integral de los proyectos de asistencia humanitaria de emergencia para personas internamente desplazadas. Reporte Final. Bogotá: Chf-Internacional. Corporación Avre. 2002 ene. [citado 21 Jul 2002]. Disponible en: <http://www.disaster.info.desastres.net/desplazados/informes/avre/DiagnosticoFortalecimiento.doc>

26. Cárdenas R, Restrepo D. Políticas sociales en Salud. Tensiones entre subsidios de oferta y demanda en relación con la justicia social, el caso colombiano. En: Rodríguez O. Los avatares del servicio de salud para pobres. Transformación de subsidios de oferta- demanda. Sostenibilidad financiera. Comparación Internacional. Bogotá: Unibiblos; 2002. p. 171-241
27. Castaño BL. Violencia sociopolítica en Colombia. Repercusión en la salud mental de las víctimas. Santa Fe de Bogotá: Corporación Avre; 1994.
28. Castaño BL. Experiencias en Rehabilitación y Recuperación Psicosocial. En: Memorias de la Consulta para la Región América Latina y del Caribe. Impacto de los conflictos armados en la Infancia. Bogotá: Convenio FES-UNICEF-Defensoría del Pueblo; 1996. p.44-49.
29. Castro M, Arabia J, Celis A. El conflicto armado: la estrategia económica de los principales actores y su incidencia en los costos de la violencia 1990-1998. Rev Departamento Nacional de Planeación. 1999; (3):81-105.
30. Centro de Estudios de Población Desarrollo Social. Análisis Promoción Políticas de Salud: el aporte del PAPPS a la reforma sectorial. Quito, Ecuador: Centro de Estudios de Población Desarrollo Social; 2000.
31. Centro de Investigación y Educación Popular – Cinep. Informe sobre el desplazamiento en Colombia. Bogotá; 1997 Ene 1- Oct 31.
32. Centro de Investigación y Educación Popular – Cinep. Justicia y Paz. Banco de datos de violencia política. Panorama de Derechos Humanos y Violencia Política en Colombia. En: Noche y Niebla. [serie en internet]. 2001 [citado 27 nov 2002]. [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.nocheyniebla.org/menunum.htm>.
33. Céspedes J, Almeida C, Travassos C, Jaramillo I, Castaño R, Reynales J, Garzón E, Basto F, Angarita J, Uribe C, Martínez R y Olaya S. Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud. Rev Salud Pública [serie en internet]. 2000 [citado 25 Nov 2003]; (2)2. [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp>.

34. Comisión de Estudios sobre la Violencia. Colombia: Violencia y Democracia. Universidad Nacional de Colombia. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas. Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional, Colciencias; 1989.
35. Concejo de Bogotá. Acuerdo No. 20 de 1990. Por el cual se organiza el Sistema Distrital de Salud de Bogotá. (Dic 8, 1990).
36. Conferencia Episcopal de Colombia. Derechos Humanos: Desplazados por la Violencia en Colombia. Derechos Humanos y Desplazamiento Interno en Colombia Reporte Final. Santa Fe de Bogotá: 1.995. p. 65.
37. Congreso de la República. Ley No. 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros (Dic 21, 2001).
38. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación. República de Colombia. Documento Conpes No. 3172. de 2002. Líneas de acción para fortalecer la política del Estado en materia de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario (Jul 15, 2002).
39. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. Acuerdo No. 59 de 1997. Por el cual se declara como evento catastrófico el desplazamiento masivo de población por causa de la violencia y se adoptan otras medidas relacionadas (Abr 29, 1997).
40. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. Acuerdo No. 85 de 1997. Por el cual se adiciona el Acuerdo 59 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (Dic 23, 1997).
41. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. Acuerdo No. 148 de 1999. Por el cual se deroga el Acuerdo 44 y se establecen los criterios de priorización y la periodicidad para la asignación de los recursos de la Subcuenta de Promoción del FOSYGA provenientes del impuesto social de

- municiones y explosivos y se hacen algunas precisiones. Diario Oficial No. 43.767 (Nov 4, 1999).
42. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. Acuerdo No. 185 de 2000. Por el cual se define el procedimiento aplicable a las reclamaciones para el pago de los servicios de salud prestados a la población desplazada. Diario Oficial. No. 44.268 (Dic 23, 2000).
  43. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. Acuerdo No. 243 de 2003. Por el cual se aprueba el Presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA para la vigencia fiscal de 2003 y se dictan otras disposiciones (Ene 22, 2003).
  44. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. Acuerdo No. 244 de 2003. 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 (Ene 31, 2003).
  45. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo No. 247 de 2003. Por el cual se fijan condiciones para la prestación y pago de servicios de salud a la población en condición de desplazamiento forzado por causa de la violencia, con cargo a los recursos de la Subcuenta ECAT del Fosyga. Diario Oficial No. 45.302 (Sept 06, 2003).
  46. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. Marginalidad y Pobreza. Otro drama de los desplazados. En: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Un País que huye. Desplazamiento y violencia en una Nación Fragmentada. Santafé de Bogotá: Fondo de Las Naciones Unidas para la Infancia; 1999.
  47. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. Guerra y Diáspora. Codhes Informa No. 39. Colombia, Noviembre 2.001.
  48. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. Aspectos críticos de la política pública de atención a la población desplazada

- 1998-2002. Bogotá: 2002 May [citado 23 Agos 2002]. Disponible en: <http://www.codhes.org.co>.
49. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. Boletín informativo. Año 7, número 46. Bogotá, Colombia, 10 de diciembre de 2003. [citado 03 may 2004]. Disponible en: <http://www.codhes.org.co/Documentos/20/boletin46.pdf>
50. Corporación Salud y Desarrollo. Epidemiología de la violencia en Colombia. En: Memorias Foro Nacional: El Sector Salud frente a la violencia en Colombia. Políticas y plan de acción. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención; 1997 Nov 19-21; Bogotá, Colombia; 1997. p.244-69.
51. Cruz J. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. Rev Panam Salud Pública [serie en internet]. 1999 Abr-May [citado 2003 Aug 15]; 5 (4-5): [aprox .8 p.]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49891999000400009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000400009&lng=es&nrm=iso).
52. Cubides F, Olaya A, Ortiz C. La violencia y el municipio Colombiano. 1980-1997. Bogotá: Centro de Estudios Sociales - CES. Universidad Nacional de Colombia; 1998.
53. Davis K, Rowland D. Uninsured and underserved: inequities in health care in The United States. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1983; (61): 149-176.
54. De Currea V. Protección del sector salud en Colombia: un paso para la humanización del conflicto armado. En: Corporación Salud y Desarrollo. La salud en la agenda para la paz. Santa Fe de Bogotá: Agenda Ciudadana por la paz, la vida y la libertad; 2000. p. 29-58.
55. De Currea V. Violencia en Colombia y en el sector salud. Nova & Vetera. Boletín del Instituto de Derechos Humanos Guillermo Cano. 1998 dic – ene (29).
56. De Currea V. La Salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. En: De Currea V, Hernández M, Paredes N. La salud esta grave. Una visión desde los

- derechos humanos. Santa Fe de Bogotá: Agenda Ciudadana por la paz, la vida y la libertad; 2000. p. 29-58.
57. Defensoría del Pueblo Ministerio Público. República de Colombia. “Niños y niñas en condición de desplazamiento forzado”. La niñez y sus derechos [Boletín] Santa Fe de Bogotá: Defensoría del Pueblo; 1998 (4):10-39.
  58. Defensoría del Pueblo. Los efectos del conflicto armado en la sociedad civil: El desplazamiento. En: Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Corporación Salud y Desarrollo. El Sector salud frente al desplazamiento por la Violencia en Colombia. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 1998. p. 33-65.
  59. De los Ríos A. Algunas consideraciones y datos relacionados con la situación de violencia en Antioquia. En: Violencia, Salud y Universidad. Memoria del Primer Encuentro de Egresados. Fundación Escuela Colombiana de Medicina; 1989 Ago 25-26. Bogotá, Colombia: Editorial Kimpres Ltda; 1990. p. 53-157.
  60. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [homepage en internet]. Bogotá: Encuesta Nacional de Calidad de Vida. 1997 [citado 7 Feb 2002]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/Informacion\\_Estadistica/Estadisticas/Calidad\\_vida](http://www.dane.gov.co/Informacion_Estadistica/Estadisticas/Calidad_vida).
  61. Departamento Administrativo de Planeación Distrital (DAPD). Información para el Plan Local 2001. Bogotá para Vivir. Todos del mismo lado. Módulo 3. Información Social Básica de Bogotá. Bogotá; 2001.
  62. Departamento Nacional de Planeación. República de Colombia. Documento Conpes No. 2924 de 1997. Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia (May 28, 1997).
  63. Departamento Nacional de Planeación. República de Colombia. Documento Conpes No. 3057 de 1999. Plan de acción para mejorar los mecanismos e instrumentos para la prevención, la protección, la atención humanitaria, el retorno, la reubicación y la estabilización socioeconómica de la población desplazada por la violencia (Nov 10, 1999).

64. Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Justicia y Seguridad. Grupo de Gobierno y Asuntos Internos. Documento de Referencia sobre la Política de Derechos Humanos en Colombia. Versión Preliminar. Bogotá\_ Departamento Nacional de Planeación; 2000.
65. Departamento Nacional de Planeación. República de Colombia Documento Conpes No. 3115 de 2001. Distribución presupuestal sectorial para el Cumplimiento del Conpes 3057, Plan de acción para la Prevención y Atención del desplazamiento Forzado (May 25, 2001).
66. Diario Oficial. Ley No. 387 de 1997. 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. Diario Oficial 43.091 (Jul 24, 1997).
67. Diario Oficial. Circular No. 0042 de 2002. Sobre Fuentes de financiamiento de la atención en salud a población desplazada. Ministro de Trabajo y Seguridad Social, encargado de las funciones del Despacho del Ministro de Salud. Diario Oficial No. 45.013 (Nov 28, 2002).
68. Diario Oficial. Ley No. 782 de 2002. Por medio de la cual se prorroga la vigencia de la ley 418 de 1997, prorrogada y modificada por la ley 548 de 1999 y se modifican algunas de sus disposiciones. Diario Oficial No. 45.043 (Dic 23, 2002).
69. Diario Oficial. Ley No. 812 de 2003. Por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, hacia un Estado comunitario. Diario Oficial No. 45.231 (Jun 27, 2003).
70. Diario Oficial. Decreto No. 2284 de 2003. Por el cual se modifican los artículos 2, 4, 5 y 7 del Decreto 2131 de 2003. Diario Oficial 45.277 (Agos 11, 2003).
71. Diario Oficial. Ley No. 100. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41.148 (Dic 23, 1993).
72. Diez G. Condiciones de salud de familias desplazadas por violencia en Urabá [tesis]. Medellín: Instituto de Ciencias de la Salud. CES; 1997 [citado 18 nov

- 2001]. Disponible en: <http://www.disaster.info.desastres.net/desplazados/informes/efectos/>
73. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Specifying requirements for health care. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1973.
74. Donabedian A. En: Organización Panamericana de la Salud. El concepto y la medición de accesibilidad. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación Científica No.534, 1992.
75. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed?. Arch Pathol Lab Med. 1997; (121):1145-1150.
76. Echeverri E. Síntesis de los estudios de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia, antes y después de la Ley 100 de 1993. Memorias II Congreso Internacional de Salud Pública; 2001 Nov 15-17; Medellín, Colombia. Medellín; 2001.
77. Erlandson D, Harris E, Skipper B, Allen S. Doing naturalistic inquiry. London: Sage; 1993.
78. Evans R, Stoddart G. Producing health, consuming health care. Social Sci and Med. 1990; (31):1347-63.
79. Farias P. Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample. Cult Med Psychiatry. 1991; 15 (2):167-192.
80. Fernández A, Vidal R. Colombia: el final del desplazamiento o el fin de la atención?. Migraciones Forzadas [serie en internet]. 2003 [cited 2004 May 04]; (16/17): 24-25. [aprox. 2p.] Disponible en: <http://www.migracionesforzadas.org/principal.html>
81. Fiedler, J. A review of the literature on Access and utilization of medical care with special emphasis on Rural Primary Care. 1975

82. Franco S. Violencia y/o Salud. Elementos preliminares para pensarlos y actuarlos. Memorias del grupo de trabajo Violencia y Salud en América Latina; 1989 Dic 11-14; Río de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro; 1990.
83. Franco S. Violence and health in Colombia. Rev Panam Salud Pública. 1997; 2 (3):170-180.
84. Franco S. El quinto no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia. Santa Fe de Bogotá: Tm Editores IEPRI UN; 1999.
85. Franco S. Violencia y Salud en Colombia. El sector salud frente a la violencia en Colombia. Políticas y planes de Acción. En: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención Memorias Foro Nacional; 1997 nov 19-21; Santa Fe de Bogotá, Colombia. Santa Fe de Bogotá; 1997. p 27-39.
86. Franco A. Seguridad Social y Salud en Colombia. Estado de la Reforma. Rev Salud Pública. 2000; 2 (1):1-16
87. Frenk, J. El concepto y la medición de accesibilidad. Sal Púb de México. 1985; 27(5): 438-453.
88. Frenk M, Londoño J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Salud y Gerencia; 1997 (15); Julio –Diciembre.
89. Fresneda O. La visión de la población sobre el sistema de salud: resultados de la encuesta a la población de los estratos 1, 2 y 3 de las principales ciudades. En: Arévalo D, Martínez F, Editores. ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado. Bogotá: Unibiblos; 2002.
90. Fundación Menonita Colombiana para el Desarrollo. Mesa de trabajo de Bogotá sobre desplazamiento interno. Bogotá: Editorial Códice Ltda; 2003.
91. Gaceta Constitucional. Constitución Política de Colombia. Gaceta Constitucional No. 116 (Jul 20, 1991).

92. Gaitán F. Un ensayo sobre la violencia en Colombia. En: Deas N, Gaitán F. Dos ensayos especulativos sobre la violencia política en Colombia. Bogotá: Fenade - DNP- Tercer Mundo; 1995.
93. Galindo LJ. Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación. México: Prentice Hall. Addison Wesley; 1998.
94. Ghai D. The IMF and the south: the social impact of crisis and adjustment. London: Zed Books; 1991.
95. Giraldo V, Carreño L, Rojas Z. De humanos a desplazados... huellas de nunca borrar. Aproximación diagnóstica a la problemática del desplazamiento en Soacha. Cundinamarca [Tesis] Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1999.
96. Giraldo J. Primera encuesta nacional de calidad en salud percibida por los usuarios. Defensoría del pueblo, Bogotá. 2000.
97. Global IDP Project. Profile of Internal Displacement: Colombia. Compilation of the information available in the Global IDP Database of the Norwegian Refugee Council. 2004 Feb. [citado 11 Jun 2004]. Disponible en: <http://www.idpproject.org>
98. Gobernación del Valle del Cauca. Secretaría Departamental de Salud. Hacia la construcción de un modelo piloto para el diseño e implementación de un sistema de información de salud pública y vigilancia epidemiológica en poblaciones desplazadas por violencia política. Reporte Final. Cali [citado 7 Feb 2002]. Disponible en: <http://www.Col.Ops-Oms.Org/Desplazados/Documentos/Sdsvalle/Creditos.Htm>.
99. Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, et al. Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. Am J Psychiatry. 2000; 157 (6): 911-16.
100. Gold M. The concept of access and managed care. HSR. 1998; 33 (3):625-52.

101. Gómez M, Torres S, Rodríguez M. Caracterización del comportamiento ocupacional de personas desplazadas por la violencia. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*. 2000; 48 (1):3-10.
102. Gómez L, Tovar H, Agudelo C. Utilización de servicios de salud y perfiles epidemiológicos como parámetros de adecuación del Plan Obligatorio de Salud en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2003, 5 (3):246-62.
103. González M. Desterrados el desplazamiento forzado en Colombia. Reporte final. Médicos Sin Fronteras-España 2001 [citado 21 Jul 2002]. Disponible en: <http://www.disaster.info.desastres.net/desplazados/informes/msf/informedesplazados.htm>.
104. Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared to social factors in exile. *Br J Psychiatry*. 1998; 172: 90-4.
105. Greenlick MR, Freeborn DK, Pope CR. Health care research in an HMO: two decades of discovery. Baltimore: MD. John Hopkins Press; 1988.
106. Grindle M, Thomas J. Public choices y policy change. The political Economy of Reform in Developing Countries. Baltimore: John Hopkins University Press; 1991.
107. Grupo de Economía de la Salud. Observatorio de la Seguridad Social. Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Económicas. Centro de Investigaciones Económicas. Condiciones de acceso a los servicios de salud. 2001; (3).
108. Grupo Dial. Desplazamiento forzado: tendencias, respuesta estatal y nuevos desafíos. *Investigaciones Dial*. 2001 Nov. No. 4 [citado 11 agos 2002]. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/desplazados/informes/dial/tendenciasdial.doc>.
109. Grupo Temático Salud y Desplazamiento. Estado de situación del desplazamiento. Enero a diciembre de 2001. Bogota: Grupo Temático Salud y Desplazamiento; 2002.

110. Guba E, Lincoln Y. Effective evaluation: improving the usefulnesss of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco: Jossey-Bass; 1992.
111. Guerrero R. Epidemiología de la violencia en la Región de las Américas. El caso de Colombia. Memorias Segunda conferencia anual del Banco Mundial para el desarrollo en América Latina y el Caribe. 1996 jun 30 - jul 02. Bogotá, Colombia. Bogotá; 1996.
112. Gutiérrez LH, Gutiérrez JR. El derecho a la salud. Medellín: Señal Editora; 2000.
113. Hernández R et al. Metodología de la investigación. Segunda Edición. México: Mc Graw Hill; 1998.
114. Hernández E, Salazar M. Con la esperanza intacta. Experiencias comunitarias de resistencia civil no violenta. Bogotá: Oxfam-GB; 1999.
115. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cad Saúde Pública. 2002; (18) 4: 991-1001.
116. Hernández A; Vega R. (Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de ciencias económicas y administrativas. Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social). Reporte Final. Bogotá: 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. 2002 Nov [citado 11 may 2004]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/puj/lineamientos.htm>
117. Hijar-Medina M, López L, Blanco M. La violencia y sus repercusiones en la salud. Reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. Sal Púb de México. 1997; 39(6):565-572.
118. Howlett M, Ramesh M. Studying public policy. Toronto, ON: OUP; 1995. p: 4-17; 139-145.

119. Huber G, Marcelo C. Algo mas que recuperar palabras y contar frecuencias. La ayuda del ordenador en el análisis de datos cualitativos. *Rev Enseñanza*. 1990; (8): 69-83.
120. Hulka B, Wheat J. Patterns of utilization: the patient perspective. *Med care*. 1985; (23): 438-60.
121. Human Rights Watch. Colombia guerra sin cuartel. Colombia y el derecho internacional humanitario. New York: Human Rights Watch; 1998.
122. Institute of Medicine. Access to health care in America. Millman M, Editor. Washington D.C: National Academy Press; 1993.
123. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Red de Solidaridad Social. Circular Conjunta 023 de 2000. Por la cual se establecen responsabilidades y procedimientos de atención a los niños, las mujeres gestantes y madres lactantes desplazados por causa de la violencia (May 02, 2000).
124. Jané E; Vázquez ML. Máster en gestión de centros y servicios de salud. Universitat de Barcelona Virtual. Barcelona; 2002.
125. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia. Cinco años de la puesta en marcha de la Ley 100. 4 ed. Santa Fe de Bogotá: Fescol. Fes. Fundación Antonio Restrepo Barco, Fundación Corona; 1999.
126. Kasper JD. Asking about access: challenges for surveys in a changing healthcare environment. *HSR*. 1998; 33 (3): 715-39.
127. Kleinman J, Gold M, Makuc D. Use of ambulatory medical care by the poor: another look at equity. *Med Care*. 1981; 19(10):1011-21.
128. LAC RSS. Sistema de Información y Análisis sobre Reforma del Sector Salud. Colombia: Reporte del país revisado el 10 de abril de 1998. [citado 15 jun 2002]. Disponible en: <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/col.htm>
129. Lara N, López V. Factores que influyen en la utilización de servicios odontológicos. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 2002; 59(3):100-09.

130. Le Grand D. Equidad, salud y atención sanitaria. VIII Jornadas de Economía de la Salud; 1988 May 25-27; Las Palmas de Gran Canaria, España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1988. p 55-68.
131. Lieu TA; Newacheck PW; Mc Manus MA. Racem, ethnicity and access to ambulatory care among US adolescents. *Am J Public Health*. 1993; 83 (7):960-5.
132. Leus X, Wallace J, Loretta A. Internally displaced persons. *Prehospital & Disaster Medicine*. 2001; (16): 116-23.
133. López O, Londoño L (Universidad de Antioquia - Instituto de Estudios Regionales). El proceso de desplazamiento forzado: estrategias familiares de sobrevivencia en el Oriente Antioqueño. Reporte Final. Medellín: 2001 Dic.
134. Lozano S. Un reencuentro consigo misma: cambios de rol, estilos de vida y prácticas sociales de la mujer desplazada por la violencia política. Un estudio de caso [Tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Trabajo Social; 2000.
135. Málaga H, Latorre M, Cárdenas J, Montiel H, Sampson C, de Taborda M, et al. Equidad y Reforma en Salud en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2000; 2(3): 193-220.
136. March J, Prieto M, García M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios en salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit*. 1999; 13 (4): 312-9.
137. Marie Stopes International Women's Commission for Refugee Women and Children. Reporte Final. Desplazados y Desesperados: Evaluación sobre la Salud Reproductiva en la Población Desplazada en Colombia. Versión original en inglés publicada en febrero 2003 por el Reproductive Health Response in Conflict Consortium. Traducida al español y actualizada en marzo de 2004. Nueva York; 2004.
138. Martínez P, Rodríguez L, Agudelo C. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. *Rev Salud Pública* [serie en internet]. 2001 [citado 12 Oct

2002]; 3(1): [aprox.8.p.] Disponible en:  
<http://www.medicina.unal.edu.co/red/documentos/Doc24.htm>

139. McKee M, Janson S. Forced migration. The need for a public health response. *Eur J Publ Health*. 2001; (11): 361.
140. Meertens D. Mujer y violencia en los conflictos rurales. *Análisis Político*. 1995; (24): 36-49.
141. Meertens D. Desplazamiento forzado y género; trayectorias y estrategias de construcción vital. En: *Desplazados, migraciones internas y reestructuraciones territoriales*. Bogotá: Observatorio Sociopolítico y Cultural. Centro de Estudios Sociales. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. Ministerio del Interior; 1999.p. 406-455.
142. Meertens D. Víctimas y sobrevivientes de la guerra: Tres miradas de género. *Las Violencias inclusión creciente*. Bogotá: Colección CES, Universidad Nacional; 1998. p: 236-65.
143. Mejía S, Vélez A, Buriticá O, Arango M, Del Río J. Evaluación de la política en términos de accesibilidad y uso racional en Colombia. Manizales; 1999.
144. Miles MB, Huberman AM. *An Expanded Sourcebook: Qualitative data analysis*. London: Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994.
145. Millman M. Editor. *Access to health care in America*. Institute of Medicine, Committee on monitoring access to personal health services. Washington, DC: National Academy Press; 1993.
146. Minayo MC. A violencia social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saude Publica*. 1994; 10 Suppl 1: S7-19.
147. Ministerio del Interior. Decreto No. 73 de 1998. Por el cual se adopta el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la violencia (Ene 26, 1998).

148. Ministerio del Interior. República de Colombia. Decreto No. 2569 de 2000. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 387 de 1997 y se dictan otras disposiciones. (Dic 12, 2000).
149. Ministerio de la Protección Social. Resolución No. 0474 de 2003. Por la cual se definen los cupos indicativos para la distribución de los recursos de la Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito -ECAT FOSYGA- Subproyecto 4: “Apoyo Reclamaciones Víctimas Población Desplazada” (Abr 03, 2003).
150. Ministerio de Salud. Decreto No. 806 de 1998. Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional. Diario Oficial No. 43.291 (May 05, 1998).
151. Ministerio de Salud. Resolución No. 4288 de 1996. Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones (Nov 20, 1996).
152. Ministerio de Salud, Red de Solidaridad Social. Circular Ministerio de Salud No. 021 de 2001. Instrucción para la atención en salud de la población desplazada por la violencia y cobro de atención. [citado 02 nov 2003]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/NewSite/MseContent/NewsDetail.asp?ID=9794&IDCompany=12>.
153. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Perfil Epidemiológico de la Población Desplazada por el Conflicto Armado Interno del País en un Barrio de la Ciudad de Cartagena Bolívar y Propuesta de un Sistema de Vigilancia para la Población Afectada por este fenómeno en Colombia. Reporte Final. Colombia, 2001 ene [citado 5 feb 2002] Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/desplazados/informes/mandela/index.htm>.
154. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2002. Bogotá: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud; 2002.

155. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia–Indicadores Básicos 2001. Bogotá, 2001 [citado 23 Oct 2002] Disponible en:  
<http://www.minsalud.gov.co/NewSite/MseContent/newsdetail.asp?id=11223&idCompany=1>
156. Ministerio de la Protección Social. Decreto No. 2131 de 2003. 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 (Jul 30, 2003).
157. Mogollón AS, Vázquez ML, García MM. Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. Rev Esp Salud Pública. 2003; 77(2):253-62.
158. Mollica R, Melnnes J, Sarajli N, Lavelle J, Sarajli I, Massagli M. Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees Living in Croatia. JAMA. 1999; 282 (5): 433-39.
159. Morales M; Torres LS. (Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; Programa de Urgencias, Emergencias y Desastres DSSA). Principales Problemas de Salud en los Desplazados por la Violencia. Pavarandó y Turbo . Reporte Final. Medellín;1998.
160. Muggah R. Capacidades Institucionales en medio del conflicto, una evaluación de la respuesta en la Reubicación de la Población Desplazada en Colombia. En: Departamento Nacional de Planeación. Conflicto Armado: criminalidad, violencia y desplazamiento Forzado. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 1999. p: 233-90.
161. Muller P, Surel Y. L'Analyse des politiques publiques, Montchrétien. Paris: 1998. p: 13.
162. Naciones Unidas. Grupos e individuos específicos: éxodos en masa y personas desplazadas. Consejo Nacional y Económico. Comisión de Derechos Humanos

- 56º período de sesiones. 2000 ene. [citado 21 Jul 2002]. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/desplazados/informes/informeONU/default.htm>.
163. Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE. División de Población. Vulnerabilidad Social: Nociones e implicaciones de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. Memorias Seminario Internacional. Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. Jun 20- 21 de 2001 Santiago de Chile. Santiago de Chile; 2001.
  164. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Comisión de Derechos Humanos. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en Colombia. E/CN.4/2004/13. 17 de febrero de 2004. [citado 27 Abr 2004]. Disponible en: [http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/informes/altocomisionado/Informe\\_2003\\_esp.doc](http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/informes/altocomisionado/Informe_2003_esp.doc).
  165. Organización Internacional para las Migraciones. Diagnóstico de población desplazada y comunidades de recepción en seis departamentos de Colombia. Reporte Final. 2001 Jul. [citado 20 nov 2001]. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/desplazados/informes/oim/diagnosticooim.htm>.
  166. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud. Atención Integral en Salud a la Población Desplazada por la Violencia en Colombia; 1999.
  167. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Organización de Sistemas y Servicios de Salud. Rev Panam Salud Pública. 2000; 8(1-2): 93.
  168. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Perfil de país - Colombia [citado 20 Dic 2001]. Disponible en: <http://www.paho.org>.
  169. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y servicios de Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia. 2da. edición, Bogotá; 2002.

170. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la Organización mundial de la Salud. Programa salud en desastres y emergencias complejas. Atención en salud a la población desplazada de la ciudad de Cartagena de Indias – Departamento de Bolívar durante septiembre 1 de 2001 a septiembre 30 de 2002. Reporte Final. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la Organización mundial de la Salud Cartagena de Indias. Diciembre de 2002. [citado 20 Mar 2004] Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/estaticos/informes/saludcart2002/EstudioSobreAtencionEnSaludCGENA2002.pdf>
171. Organización Panamericana de la Salud, Universidad Industrial de Santander. Diagnóstico de la situación de salud de las poblaciones desplazada y no desplazada en Bucaramanga y su área metropolitana. Reporte Final, Bucaramanga, 2003 [citado 02 Feb 2004]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/estudiosantander2003/index.htm>
172. Organización Panamericana de la Salud, Universidad de Antioquia. Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato 1 en Medellín, 2002. Reporte Final. Medellín. 2003 [citado 02 Feb 2004]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/perfilmedellin2003/index.htm>
173. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud. Estudio de Perfil Epidemiológico de población desplazada y población estrato uno no desplazada en cuatro ciudades de Colombia: Montería, Soacha, Cali y Cartagena. Reporte Final. 2003. [citado 28 May 2004] Disponible en: [http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/epepv2002/index\\_toc.htm](http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/epepv2002/index_toc.htm)
174. Osorio F. La Violencia del Silencio. Desplazados del Campo a la Ciudad. Bogotá: Codhes, Pontificia Universidad Javeriana; 1993.
175. Palacio J, Abello R, Madariaga C, Sabatier C. Estrés postraumático y resistencia psicológica en jóvenes desplazados. Revista del Centro de Investigaciones en Desarrollo Humano. 1999; (10): 16-29.

176. Paredes N. Derecho a la Salud. Su situación en Colombia. Bogotá: Ediciones Antropos Ltda.; 2003.
177. Patton Carl, Sawicki D. Basic Methods of Policy Analysis and Planning. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1993. p: 21-33, 46-64.
178. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981; 19 (2):127-40.
179. Peñaloza E, Henao E. Régimen Subsidiado de Salud en Colombia: evaluación y propuestas de ajuste. Santafé de Bogotá: Fundación Corona, Banco Interamericano de Desarrollo, Fundación Social. Cendex, Pontificia Universidad Javeriana; 2002.
180. Pérez G. Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. Métodos. Madrid: Editorial la Muralla S.A; 1994.
181. Pérez G. Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. II. Técnicas y Análisis de Datos. Madrid: Editorial la Muralla S.A; 1998.
182. Perkins D, Roemer M. Reforming Economic Systems in Developing Countries. Harvard Institute for International Development. Harvard Univ Pr; 1991.
183. Piñuel JL. Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística*. 2002; 3 (1):1-42.
184. Polit DF, Hungler BP. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Principios y Métodos. México: Mc Graw Hill- Interamericana; 2000.
185. Prada L. Aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado, e impacto en los prestadores de servicios. *Rev Salud Pública*. 2004; 6 (1):1-27
186. Presidencia de la República. Decreto No. 976 de 1997. Por el cual se reglamenta el artículo 70 del Decreto-Ley 919 de 1989 (Abr 07, 1997).
187. Presidencia de la República de Colombia. Decreto No. 501 de 1998. Por el cual se establece la organización y funcionamiento del Fondo Nacional para la Atención

Integral a la Población Desplazada por la Violencia y se dictan otras disposiciones (Mar 13, 1998).

188. Presidencia de la República de Colombia. Directiva Presidencial No. 06 de 2001. Instrucciones para fortalecer la atención integral a la población desplazada por la violencia (Nov 28, 2001).
189. Procuraduría General de la Nación. Instituto de Estudios del Ministerio Público. Procuraduría Delegada para la Defensoría del Menor y la Familia. Raíces sin tierra. Atención e impacto del Desplazamiento Forzoso. Santa Fe de Bogotá: La Procuraduría; 1999.
190. Programa Mundial de Alimentos Colombia. Estudio de Caso de las Necesidades Alimentarias de la Población Desplazada de Colombia. Reporte Final. Bogotá 2001 [citado 18 Nov 2001]. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/desplazados/informes/pma/FinalReportSpanish.htm>.
191. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. Informe Nacional de Desarrollo Humano Colombia 2003. El conflicto. Callejón con salida. 2003 [citado 25 Abr 2004]. Disponible en: <http://www.pnud.org.co/indh2003>.
192. Quintana S. El acceso a los servicios de salud en Colombia. Médicos Sin Fronteras - España. Colección Cuadernos para el debate. 2002 ene. [citado 31 Jul 2002]. Disponible en: [http://www.msf.es/6\\_1.asp](http://www.msf.es/6_1.asp).
193. Ramírez H, Vélez S, Vargas V, Sánchez C, Lopera J. Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín. Colombia Médica. 2001; 32 (1):10-3.
194. Ramos J, González J. El problema de los grupos desplazados por la violencia. Una visión departamental y barrial. Revista del Centro de Investigaciones en Desarrollo Humano. 1999; (10):30-77.

195. Rangel A. Colombia guerra irregular en el fin de siglo. En: Memorias del encuentro Colombo-Español Paz y Guerra en Conflictos de baja intensidad: el caso colombiano. Bogota; 1998.
196. Re A, Céspedes JE, Ramírez M. Análisis de las encuestas de calidad de vida para evaluar el impacto del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá: DNP; 1998.
197. Red de Solidaridad Social. Presidencia de la República. Plan Estratégico para el manejo del Desplazamiento Interno forzado por el conflicto armado. Santafé de Bogotá. Noviembre de 1999.
198. Red de Solidaridad Social. Presidencia de la República. Programa para la Población Desplazada por la Violencia. 2002 [citado 5 feb 2002]. Disponible en: <http://www.presidencia.gov.co/red/desplaza/desplintrod.htm>.
199. Red de Solidaridad Social. Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada. Informe al Congreso de la República. Enero 2001 a febrero 2002. Tomo I. 2002 Mar. Bogotá, Colombia. Bogotá; 2002.
200. Red de Solidaridad Social. Presidencia de la República. Guía de atención a la población desplazada por la violencia. [citado 27 nov 2002]. Disponible en: <http://www.red.gov.co/guia/msms/proRestab/salud.asp>.
201. Red de Solidaridad Social. Presidencia de la República. Cómo trabajamos. Enfoque poblacional y territorial. 2004. [citado 24 may 2004] Disponible en: <http://www.red.gov.co/LaInstitucion/ComoTrabajamos/EnfoquePoblacional/Vulnerabilidad/vulnerabilidad.html>
202. Reich M. The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. Working Paper 10. Boston: Harvard School of Public Health; 1994.
203. Ribot C, Fernández TG, García D. Investigación cualitativa en atención primaria. Aten Primaria. 2000; (25)5.

204. Richardson W. Measuring the urban poor's use of physician services in response to illness episodes. *Med Care.* 1970; (8):132-42.
205. Roan C, Stockdale S, Wells K. Community effects on access to behavioral health care. *HSR.* 2000; 35 (1): 293-306.
206. Robson C. The Methods of Data Collection. In: *Real World Research. A resource for social scientists and practitioners- Researchers.* Oxford: Edit. Blackwell; 1999. p: 272-85.
207. Rodríguez J. Esta Guerra no es nuestra. Niños y Desplazamiento Forzado en Colombia. Santa Fe de. Bogotá: UNICEF; 2000.
208. Rodríguez O. Reformas promercado y Seguridad Social. En: Rodríguez O. Editor. *¿Hacia una reforma del Sistema de Seguridad Social: salud, pensiones y riesgos profesionales.* Bogotá: Unibiblos, 2002.
209. Roth A. Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones Aurora: 2003. p.19.
210. Rueda R. Desplazados por la Violencia en Colombia: entre el miedo... la soledad...y la esperanza. Medellín: Centro de Estudios de Hábitat Popular–Cehap; 1997.
211. Ruiz J. Metodología de Investigación Cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.
212. Ruiz F, Acosta N, Ardila Z, Eslava J, Peñaloza E, Puente C, Reyes S. (Cendex- Pontificia Universidad Javeriana). Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado en Colombia. Seis estudios de caso. Reporte Final. Santafé de Bogotá 1999. Proyecto financiado por Fundación Corona- Fundación Ford. Fundación Corona- Cendex.
213. Sánchez G. La violencia in Colombia: new research, new questions. *HAHR.* 1985; 65 (4):789-807.

214. Sánchez C, Agudelo C. ¿Entendemos Mejor la Violencia?. Rev Salud Pública. 2000; 2(1): 47-56.
215. Secretaría de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. Convenio interadministrativo suscrito entre el Ministerio de Salud y el Fondo Financiero Distrital de Salud para Desplazados por la Violencia. [citado 7 ene 2003]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/programa16.htm#convenio>.
216. Secretariado Nacional de Pastoral Social. RUT informa. 2001 abr-jun [citado 7 feb 2002]. Disponible en: <http://www.col.ops-ms.org/desplazados/informes/rut/10/default.htm#enfermedades>.
217. Secretariado Nacional de Pastoral Social Conferencia Episcopal Colombiana. Boletín RUT Informa: ¿Qué evidencia el sistema RUT frente a las condiciones de vida de los desplazados? Sección de Movilidad Humana 2002 [citado 14 oct 2003]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/rut/12/default.htm>
218. Secretariado Nacional de Pastoral Social. Sección de Movilidad Humana. Sistema de Información sobre población desplazada por la violencia en Colombia “RUT informa sobre el desplazamiento forzado en Colombia. Características generales de la población desplazada a diciembre de 2003 [citado 7 jun 2004]. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/rut/caracteristicas2003>.
219. Sen A, Dreze J. Hunger and public action. Clarendon, Oxford, 1989. p.9.
220. Sonis A. La Atención en salud. 3<sup>a</sup> Ed. Buenos Aires: Editorial el Ateneo; 1984.
221. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
222. Streeten P. From Growth via Basic Needs to Human Development: The individual in the process of development. In: Raffer Editors. SM Murshed & K; 1993.
223. Suárez L. Colombia, la guerra y la paz dentro de una dinastía de violencia. Barcelona: Asociación para las Naciones Unidas en España; 2002.

224. Summerfield D. War and mental health: a brief overview. *BMJ*. 2000; 321(7255):232-5.
225. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación*. Barcelona: Paidos; 1998.
226. Toole M, Waldman R. Refugees and displaced persons. War, hunger, and public health. *JAMA*. 1993; 270(5): 600-5.
227. Tellis W. Introduction to Case Study. *The Qualitative Report*. 1997; 3 (2) [citado 7 feb 2003]. Disponible en: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-2/tellis1.html>.
228. Tironi, E; Lagos R. Actores sociales y ajuste estructural. *Revista de la CEPAL*. 1991; (44): 52.
229. The City University of New York. Cuny. Edu. Internal Displacement in the Americas: Some Distinctive Features. An Occasional Paper. New York: the Brookings-Cuny Project on Internal Displacement; 2001.
230. Toole M, Waldman R. Refugees and Displaced Persons. War Hunger and Public Health. *JAMA*. 1993; 270 (5): 600-5.
231. United Nations. Promotion and protection of the rights of children. Impact of armed conflict on children. Fifty-First Session. 1996 Aug 26; 1996
232. Uribe A, Paredes N. A cinco años de aplicación de la reforma, ¿Qué ha pasado con el derecho a la salud? 1998 [citado 7 feb 2002]. Disponible en: <http://www.plataforma-colombiana.org/colloquio/AUribe~NParedes-salud-14.html>.
233. U.S. Committee for Refugees. Immigration and Refugee Services of America. Colombia's Silent Crisis. One million displaced by violence. 1998: p: 1-44.
234. US Committee for Refugees, Immigration and Refugee Services of America World Refugee Survey; 2001.
235. Valles M. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis; 2000.

236. Vásquez J, Velandia D (Universidad de Antioquia. Grupo de Economía de la Salud -GES- Centro de Investigaciones Económicas-CIE) Determinantes socioeconómicos del acceso potencial y real a los servicios de salud: Régimen Subsidiado de Salud en Antioquia. Reporte Final. Medellín 2003. [citado 16 abr 2003]. Disponible en: <http://www.agustinianos.udea.edu.co/~wwwmngr/economia/ges/documentos/determinantes.doc>.
237. Vega R. Evaluación de Políticas de Salud en Relación con Justicia Social. Rev Salud Pública [serie en internet]. 2001 Jul [citado 13 oct 2002]; 3(2) [aprox. 10 p.] Disponible en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp/vol3n2/vol3n2e1>.
238. Wagstaff A, Doorslaer VE, Baci P. Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. In: Providing Health Care: The economics of alternative Systems of financing and delivery. A. Mc Guire, P. Fenn & K. Mayhew ed. Oxford: Oxford University Press. 1991.p:141-71.
239. Waldman RJ. Public health in times of war and famine: what can be done? What should be done?[comment]. JAMA. 2001; (286): 588-90.
240. Walker R. The conduct of educational case studies: ethic, theory and procedures. En: C.N.R.E.E. Investigación cualitativa, Madrid: M.E.C; 1987
241. Walt G. Health Policy: An introduction to Process and Power. Johannesburg: Witwatersrand University Press; 1994.
242. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. Health Policy Plan. 1994; 9 (4): 353-70.
243. Ware JE, Davies- Avery A, Steward AL. The measurement and meaning of patient satisfaction. Health Med Care Serv Rev. 1978; 1(1):2-15.
244. Weiner J, Starfield B. Measurement of the primary care roles of office-based physician. Am J Public Health. 1983; (73): 666-71.
245. Zafra G. Los desplazados internos por la violencia: un problema fundamental en Colombia. Organización de Estados Americanos. Subsecretaría de Asuntos

Jurídicos. 2001 [citado 20 dic 2001]. Disponible en:  
<http://www.oas.org/juridico/spanish/zafra.html>

---

---

**10 ANEXOS**

---

---

## Anexo 1

### Objetivos, categorías, métodos y resultados esperados

Objetivos	Categorías	Fuentes	Métodos/ Instrumentos	Resultados
Analizar el contenido de las políticas públicas de atención en salud para la población desplazada por la violencia en Colombia, estableciendo su impacto sobre el acceso a los servicios de salud.	Principios Objetivos Aseguramiento Financiación Procedimientos para la atención	documentos de la política legislación	análisis de los documentos revisión de la bibliografía	Descripción de los factores que desde las políticas en salud facilitan y/o limitan el acceso a los servicios de salud en la población desplazada.
Analizar las características institucionales que facilitan o limitan el acceso de la población desplazada a los servicios de salud de las ESE de primer nivel.	Organización de los recursos para la atención a la población desplazada Recursos disponibles para la atención de la población desplazada Mecanismos de coordinación interinstitucional	Gestores/ Profesionales de la salud/profesionales de apoyo administrativo/ desplazados	Entrevistas individuales Estudio de caso	Identificación de los factores institucionales que inciden en el acceso de la población desplazada a las ESE de primer nivel.

## Objetivos, categorías, métodos y resultados esperados

Objetivos	Categorías	Fuentes	Métodos/ Instrumentos	Resultados
Identificar los factores que desde el punto de vista de la población desplazada inciden en el acceso a los servicios de salud en las ESE de primer nivel.	<p>Características que predisponen el acceso a los servicios de salud por parte de la población desplazada</p> <p>Recursos Disponibles de la población desplazada para acceder a los servicios de salud</p> <p>Necesidades de atención en salud en la población desplazada</p> <p>Tipo de servicios utilizados y propósitos de utilización.</p>	Gestores /profesionales de la salud/ personal administrativo/ desplazados	Entrevistas individuales  Estudio de caso	<p>Descripción de las creencias y conocimientos de la población desplazada frente a la salud y los servicios de salud.</p> <p>Descripción de los principales recursos individuales, familiares y sociales de que dispone la población desplazada para acceder a los servicios de salud.</p> <p>Ánalisis de las principales necesidades de atención en salud que presenta la población desplazada</p> <p>Descripción de las principales conductas de la población desplazada frente al cuidado de la salud y la búsqueda de atención en los servicios de salud</p>
Identificar las estrategias de mejoramiento del acceso de la población desplazada a los servicios de salud de las ESE de primer nivel de atención.	Estrategias para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud	<p>Políticas de atención en salud para la población desplazada</p> <p>Gestores /profesionales de la salud/ personal administrativo/ desplazados</p>	<p>Análisis documental</p> <p>Entrevistas individuales</p>	Formulación de estrategias para el mejoramiento del acceso de la población desplazada a los servicios de salud de las ESE de primer nivel.

## Anexo 2

### Temas de las entrevista con directores/gestores ese.

Nombre\_\_\_\_\_ Cargo:\_\_\_\_\_ Institución:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_

Hora de inicio:\_\_\_\_\_ Hora de finalización:\_\_\_\_\_ Duración de la entrevista:\_\_\_\_\_

Conocimiento de la política de atención a la población desplazada	Aplicación de la política de atención en salud para la población desplazada por la violencia Logros de la política de atención en salud para la población desplazada Dificultades en la implementación de la política
Mecanismos de divulgación de la política de atención en salud	Tipo de información y mecanismos utilizados por la institución para divulgar a sus trabajadores las políticas y estrategias que rigen la atención en salud a la población desplazada. Tipo de información brindada a los usuarios en condición de desplazamiento sobre sus derechos para la atención en salud. Mecanismos utilizados para la divulgación de la información a usuarios en condición de desplazamiento.
Portafolio de servicios	Opinión con respecto al portafolio de servicios que ofrece la institución a la población desplazada
Disponibilidad de recursos	Opinión sobre la adecuación de los recursos de la institución, para proporcionar atención a la población desplazada Opinión sobre los mecanismos de financiación para la atención en salud a la población desplazada
Adecuación de horarios para la atención	Opinión frente a los tiempos de espera que maneja la institución para la asignación de citas a la población desplazada.
Procedimientos para la atención	Trámites internos para la atención a la población desplazada. Requisitos exigidos a la población desplazada.
Coordinación interinstitucional para la prestación de servicios en salud	Mecanismos de referencia y contrarreferencia con otras instituciones de salud. Comunicación con organismos gubernamentales para desarrollar estrategias en torno a la atención en salud a la población desplazada. Desarrollo de acciones intersectoriales en el ámbito local para la implementación de políticas de atención en salud a la población desplazada
Mecanismos de continuidad y seguimiento	Estrategias que utiliza la institución para llevar a cabo el seguimiento de la población desplazada
Acceso geográfico de la institución	Ubicación de la ESE con respecto a la localización de los usuarios. Facilidad de acceso y de medios de transporte
Recursos comunitarios	Opinión sobre los recursos y redes de apoyo comunitarios con que cuenta la población desplazada para acceder a los servicios de salud.
Reconocimiento barreras de acceso	Opinión sobre las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud de la población desplazada
Estrategias de mejoramiento	Sugerencias para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud para la población desplazada-

## Temas de las entrevista con profesionales de la salud

Nombre\_\_\_\_\_ Cargo:\_\_\_\_\_ Institución:\_\_\_\_\_ Dirección\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_  
 Fecha:\_\_\_\_\_ Hora de inicio:\_\_\_\_\_ Hora de finalización:\_\_\_\_\_ Duración de la entrevista:\_\_\_\_\_

Conocimiento de la política de atención a la población desplazada	Aplicación de la política de atención en salud para la población desplazada por la violencia Logros de la política de atención en salud para la población desplazada Dificultades en la implementación de la política
Mecanismos de divulgación de la política de atención en salud	Tipo de información y mecanismos utilizados por la institución para divulgar a sus trabajadores las políticas y estrategias que rigen la atención en salud a la población desplazada.  Tipo de información brindada a los usuarios en condición de desplazamiento sobre sus derechos para la atención en salud.  Mecanismos utilizados para la divulgación de la información a usuarios en condición de desplazamiento.
Disponibilidad de recursos	Opinión sobre la adecuación de los recursos de la institución, para proporcionar atención a la población desplazada
Adecuación de horarios para la atención	Opinión sobre la adecuación de horarios y tiempos de espera para la atención a la población desplazada
Coordinación interinstitucional	Opinión en torno a la eficacia de los mecanismos de referencia y contrarreferencia con otras instituciones de salud de distintos niveles de complejidad
Mecanismos de seguimiento	Estrategias para el seguimiento de la población desplazada
Acceso geográfico	Opinión sobre el acceso geográfico de la institución por parte de la población desplazada
Características de predisposición de los usuarios	Percepción sobre las actitudes que tiene la población desplazada hacia la salud y hacia los servicios ofrecidos desde su área de competencia.  Opinión de la población desplazada sobre los servicios de salud ofrecidos  Opinión sobre los factores sociales que influyen en el acceso a los servicios de salud en la población desplazada (educación, ocupación, etnia, estructura familiar, etc.)
Recursos disponibles	Conocimiento de los recursos y redes de apoyo comunitarios con que cuenta la población desplazada para acceder a los servicios de salud.
Necesidades evaluadas de salud	Opinión sobre la condición de salud y status funcional que evidencia en la población desplazada que acude a sus servicios.
Reconocimiento barreras de acceso	Opinión sobre las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud de la población desplazada
Estrategias de mejoramiento	Sugerencias para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud para la población desplazada

## Temas de la entrevista con el personal administrativo

Nombre\_\_\_\_\_ Cargo:\_\_\_\_\_ Institución:\_\_\_\_\_ Dirección\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora de inicio:\_\_\_\_\_ Hora de finalización:\_\_\_\_\_ Duración de la entrevista:\_\_\_\_\_

Conocimiento de la política de atención a la población desplazada	Aplicación de la política de atención en salud para la población desplazada por la violencia Logros de la política de atención en salud para la población desplazada Dificultades en la implementación de la política
Mecanismos de divulgación de la política de atención en salud	Tipo de información y mecanismos utilizados por la institución para divulgar a sus trabajadores las políticas y estrategias que rigen la atención en salud a la población desplazada.  Tipo de información brindada a los usuarios en condición de desplazamiento sobre sus derechos para la atención en salud.  Mecanismos utilizados para la divulgación de la información a usuarios en condición de desplazamiento.
Disponibilidad de recursos	Opinión sobre la adecuación de los recursos de la institución, para proporcionar atención a la población desplazada
Horarios para la atención	Opinión sobre la adecuación de horarios y tiempos de espera para la atención a la población desplazada
Cobertura de servicios	Planes de beneficios para los usuarios desplazados según su afiliación al SGSSS
Procedimientos para la atención	Opinión y conocimiento de los trámites internos y requisitos exigidos para la atención a la población desplazada
Coordinación interinstitucional	Opinión en torno a la eficacia de los mecanismos de referencia y contrarreferencia con otras instituciones de salud de distintos niveles de complejidad.  Opinión sobre la comunicación existente con organismos gubernamentales en torno al desarrollo de estrategias para la atención en salud a la población desplazada
Mecanismos seguimiento	Estrategias para el seguimiento de la población desplazada
Acceso geográfico	Opinión sobre el acceso geográfico de la institución
Características predisposición de los usuarios	Percepción sobre las actitudes que tiene la población desplazada hacia la salud y hacia los servicios ofrecidos desde su área de competencia.  Conocimientos que evidencia en la población desplazada sobre los servicios de salud ofrecidos  Opinión sobre los factores que influyen en el acceso a los servicios de salud en la población desplazada
Recursos disponibles	Conocimiento de los recursos y redes de apoyo comunitarios con los que cuenta la población desplazada para acceder a los servicios de salud.
Reconocimiento barreras de acceso	Opinión sobre las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud de la población desplazada
Estrategias de mejoramiento.	Sugerencias para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud para la población desplazada

## Temas de la entrevista con personas desplazadas

Nombre\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_ Sexo:\_\_\_\_\_ Institución:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_ Hora de inicio:\_\_\_\_\_ Hora de finalización:\_\_\_\_\_ Duración de la entrevista:\_\_\_\_\_

Conocimiento de la política de atención en salud a la población desplazada	Conocimientos sobre sus derechos en salud y de atención en salud. Dificultades evidenciadas en la política de atención en salud para la población desplazada
Mecanismos de divulgación de la política de atención en salud	Opinión en torno a la información proporcionada por la institución en torno a sus derechos en salud y de atención en salud. Mecanismos utilizados para obtener información en torno a sus derechos y deberes en salud
Disponibilidad de recursos	Opinión sobre la adecuación de los recursos de la institución, para proporcionarles atención a sus principales necesidades en salud
Horarios para la atención	Opinión sobre la adecuación de horarios y tiempos de espera para la atención a sus necesidades en salud
Procedimientos para la atención	Opinión sobre los trámites internos y requisitos para recibir atención en las ESE.
Acceso geográfico de la institución	Opinión sobre el acceso geográfico y el transporte a la institución
Características de predisposición de los usuarios	Conocimientos de los servicios que ofrecen las ESEs Identificación de recursos para brindar solución a sus necesidades en salud. Factores que motivaron la utilización de los servicios de salud
Recursos disponibles	Capacidades económicas para acceder a los servicios de salud Recursos familiares y redes de apoyo con los que cuentan para la satisfacción de sus necesidades en salud.
Necesidades percibidas	Necesidades de atención en salud que tienen en la actualidad.
Adherencia a los servicios de salud	Confianza y seguimiento a las orientaciones proporcionadas por los profesionales de la salud
Conductas de salud	Prácticas personales para el cuidado de la salud.
Cambios en su condición de salud	Percepción de cambios en su condición de salud, ante una situación concreta que ameritó la utilización de los servicios de salud
Percepción de atención ofrecida	Opinión sobre la atención recibida en las ESE Interacción con los prestadores de servicios
Reconocimiento de barreras para el acceso	Opinión sobre las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud de la población desplazada
Estrategias de mejoramiento.	Sugerencias para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud

## Temas de la entrevista abordados en el estudio de caso con la persona desplazada

- d) Situación de salud antes del desplazamiento
- e) Mecanismos utilizados para cuidar su salud antes del desplazamiento
- f) Condición de salud actual
- g) Identificación de las causas que originaron su problema de salud
- h) Tiempo de evolución de su actual problema de salud
- i) Descripción detallada de las conductas adoptadas frente al problema de salud
- j) Recursos personales/ familiares /comunitarios para el manejo específico del problema de salud
- k) Motivo de elección de la ESE
- l) Localización de la ESE con respecto a su lugar de residencia
- m) Medios de transporte para acceder a la ESE
- n) Tipo de servicio utilizado
- o) Seguimiento a su caso por parte de los profesionales de la salud
- p) Cambios que ha evidenciado en su condición de salud
- q) Dificultades que se le han presentado para la asistencia al servicio de salud
- r) Problemas evidenciados durante la atención

Temas de la entrevista abordados con el profesional de la salud que manejó el caso

- Problema de salud identificado
- Respuesta que como profesional tuvo frente al problema de salud
- Adecuación de los recursos institucionales para dar solución al problema de salud identificado
- Mecanismos utilizados para el seguimiento del caso
- Cambios en la condición de salud evidenciados en el usuario
- Problemas para el acceso evidenciados durante la prestación del servicio

### Anexo 3

Documentos analizados sobre las políticas de atención en salud para la población desplazada en Colombia ( 1997 – 2003)

	Fecha	Tipo	Número	Entidad Emisora	Objeto	Contenidos
1	Abril 07 de 1997	Decreto	976	Presidencia de la República.	Por el cual se reglamenta el artículo 70 de la Ley 919 de 1989	Se reconoce el fenómeno del desplazamiento masivo como un evento de naturaleza similar a los desastres y las calamidades.
2	Abril 29 de 1997	Acuerdo	59	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por el cual se declara como evento catastrófico el desplazamiento masivo de población por causa de la violencia y se adoptan otras medidas relacionadas.	Derecho a la prestación de servicios en salud, para la atención de la enfermedad derivada de la exposición a riesgos inherentes al desplazamiento.  Establecimiento de la política de Financiación para eventos catastróficos, de acuerdo con el Decreto 1283 de 1996.
3	1997	Acuerdo	64	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por el cual se definen las prioridades para la asignación de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía provenientes del impuesto social a las armas.	Prioriza la asignación de recursos de la Subcuenta de solidaridad y promoción del FOSGYA provenientes del impuesto social a las armas, para la atención de trauma mayor originado por la violencia, para zonas de conflicto armado y regiones con mayor frecuencia de lesiones intencionales que conlleven a discapacidad, morbilidad y mortalidad.

	Fecha	Tipo	Número	Entidad Emisora	Objeto	Contenidos
4	Mayo 28 de 1997	Política Documento Conpes	2924	Consejo Nacional de Política Económica y Social.  Departamento Nacional de Planeación.	Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia (SNAIPD)	Definición de la estructura, las competencias institucionales, los sistemas de información y las fuentes de financiación que tendrá el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia
5	Julio 18 de 1997	Ley	387	Congreso de la República	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.	Definición persona desplazada.  Derechos de la población desplazada.  Creación del Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia (SNAIPD)  Objetivos para la formulación del Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia.  Acciones a desarrollar durante las fases del desplazamiento.  Compromisos de las instituciones que hacen parte del SNAIPD.

	Fecha	Tipo	Número	Entidad Emisora	Objeto	Contenidos
6	Diciembre 23 de 1997	Acuerdo	85	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por el cual se adiciona el Acuerdo 59 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Suscripción de convenios con entidades públicas del orden nacional, entidades territoriales o instituciones públicas prestadoras de servicios de salud para dar respuesta a las necesidades en salud de la población desplazada (deficiencias del medioambiente, de nutrición y psicosociales).
7	Enero 26 de 1998	Decreto	173	Ministerio del Interior	Por el cual se adopta el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia.	Objetivos del Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia.  Estrategias a desarrollar durante las fases del desplazamiento.  Financiación del Plan.
8	Marzo 13 de 1998	Decreto	501	Presidencia de la República	Por el cual se establece la organización y funcionamiento del Fondo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia y se dictan otras disposiciones.	Disposiciones en torno a la organización y funcionamiento del Fondo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia  Se enuncian los objetivos del Fondo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia.

	Fecha	Tipo	Número	Entidad Emisora	Objeto	Contenidos
09	Marzo 11 de 1999	Decreto	489	Presidencia de la República	Por el cual se asigna una función.	Se asignan a la Red de Solidaridad Social, las actuaciones y funciones que realizaba la Consejería Presidencial para la Atención de la Población Desplazada por la Violencia.
10	Agosto 19 de 1999	Decreto	1547	Presidencia de la República	Por el cual se traslada la administración integral del Fondo Nacional para la Atención a la Población Desplazada por la Violencia.	La administración del Fondo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia, cambia del Ministerio del Interior para ser asumida por la Red de Solidaridad Social.
11	Noviembre de 1999	Plan Estratégico		Red de Solidaridad Social	Plan Estratégico para el manejo del Desplazamiento Interno forzado por el conflicto armado	Acciones en salud en fases del desplazamiento Promoción de la inclusión de la persona desplazada dentro del SGSSS.  Información a población desplazada sobre derechos y deberes en salud y procedimientos para la atención.

	Fecha	Tipo	Número	Entidad Emisora	Objeto	Contenidos
12	Noviembre 04 de 1999	Acuerdo	148	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por el cual se deroga el Acuerdo 44 de 1997 y se establecen los criterios de priorización y la periodicidad para la asignación de los recursos de la Subcuenta de Promoción del FOSYGA provenientes del impuesto social de municiones y explosivos y se hacen algunas precisiones.	<p>Financiación de proyectos formulados dentro de las líneas de acción de atención y apoyo psicosocial tanto a la población desplazada como a sus familias.</p> <p>Priorización en la asignación de recursos para proyectos de municipios expulsores y receptores de población desplazada.</p>
13	Noviembre 10 de 1999	Política. Documento Conpes	3057	Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación.	Plan de acción para mejorar los mecanismos e instrumentos para la prevención, la protección, la atención humanitaria, el retorno, la reubicación y la estabilización socioeconómica de la población desplazada por la violencia	<p>Objetivos de la política de prevención y atención del desplazamiento forzado</p> <p>Prestación de servicios de salud en las fases del desplazamiento.</p> <p>Priorización de servicios a grupos vulnerables: niñez, mujer, madres gestantes, tercera edad, discapacitados.</p>

	Fecha	Tipo	Número	Entidad Emisora	Objeto	Contenidos
14	Mayo 02 de 2000	Circular	023	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - Red de Solidaridad Social.	Responsabilidades y procedimientos de atención a los niños, las mujeres gestantes y madres lactantes desplazados por causa de la violencia.	<p>Priorización en la atención a grupos vulnerables: niños y madres gestantes y lactantes.</p> <p>Procedimientos para el apoyo nutricional en la Fase de emergencia.</p>
15	Diciembre 12 de 2000	Decreto	2569	Ministerio del Interior	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 387 de 1997 y se dictan otras disposiciones	<p>Definición de funciones de la Red de Solidaridad Social.</p> <p>Reiteración condición de desplazado y cese de la misma.</p> <p>Procedimientos para la Inscripción al SUR.</p> <p>Acciones a desarrollar en las fases del desplazamiento.</p> <p>Funciones de los Comités Municipales, Distritales y Departamentales para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia.</p>

	Fecha	Tipo	Número	Entidad Emisora	Objeto	Contenidos
16	Diciembre 23 de 2000	Acuerdo	185	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por el cual se define el procedimiento aplicable a las reclamaciones para el pago de los servicios de salud prestados a la población desplazada.	Reclamación de pagos al Fondo de Solidaridad y Garantía, por servicios en salud prestados a la población desplazada.
17	Mayo 25 de 2001	Política. Documento Conpes	3115	Consejo Nacional de Política Económica y Social. Departamento Nacional de Planeación	Distribución presupuestal sectorial para el cumplimiento del Conpes 3057, Plan de Acción para la prevención y atención del desplazamiento forzado.	Esquema de financiación para la atención de población desplazada. Mecanismos de coordinación interinstitucional
18	2001	Circular	021	Ministerio de Salud - Red de Solidaridad Social.	Instrucción para la atención en salud de la población desplazada por la violencia y cobro de atención.	Obligatoriedad para la Atención Inicial de Urgencias. Definición de la atención integral en salud. Trámite y presentación de cuentas de cobro al Fosyga.

	Fecha	Tipo	Número	Entidad Emisora	Objeto	Contenidos
19	Noviembre 28 de 2001	Directiva Presidencial	06	Presidencia de la República de Colombia	Instrucciones para fortalecer la atención integral a la población desplazada por la violencia	<p>Reiteración del derecho a la salud de la población desplazada.</p> <p>Directriz para la atención integral a la población desplazada a todas las instituciones que hacen parte del Sistema, entre ellos al Ministerio de Salud.</p>
20	Julio 15 de 2002	Política. Documento Conpes	3172	Consejo Nacional de Política Económica y Social.	Líneas de acción para fortalecer la política del Estado en materia de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario	<p>Fortalecimiento del Sistema de Alertas Tempranas en materia de desplazamiento Forzado.</p> <p>Acciones de atención a la población desplazada de acuerdo con la fase del desplazamiento.</p>

	Tipo	Número	Entidad Emisora	Objeto	Contenidos	
21	Noviembre 22 de 2002.	Circular	0042	Ministro de Trabajo y Seguridad Social, encargado de las funciones del Despacho del Ministro de Salud	Fuentes de financiamiento de la atención en salud a población desplazada.	<p>Reiteración condición de beneficiario de la política de atención en salud para población desplazada.</p> <p>Procedimientos para la prestación de servicios en salud, por eventos inherentes a la condición de desplazamiento.</p> <p>Mecanismos de financiación de acuerdo con el tipo de aseguramiento.</p> <p>Responsabilidades de pago en la prestación de servicios de salud a la población desplazada no afiliada al SGSSS, a las entidades territoriales expulsoras.</p>
22	Enero 22 de 2003	Acuerdo	243	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por el cual se aprueba el Presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA para la vigencia fiscal de 2003 y se dictan otras disposiciones.	<p>Financiación de proyectos de atención en salud a población desplazada, con recursos de la subcuenta ECAT del FOSYGA.</p> <p>Distribución de recursos a municipios y departamentos receptores de población desplazada.</p> <p>Prestación de servicios en salud acorde con el presupuesto del Fosyga.</p>

	Fecha	Tipo	Número	Entidad Emisora	Objeto	Contenidos
23	Enero 31 de 2003	Acuerdo	244	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	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	Criterios de priorización para afiliación al régimen subsidiado.  Inclusión de la población desplazada dentro de los primeros seis grupos prioritarios de afiliación al régimen subsidiado.
24	Abril 03 de 2003	Resolución	474	Ministerio de la Protección Social	Por la cual se definen los cupos indicativos para la distribución de los recursos de la Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito -ECAT FOSYGA- Sub proyecto 4: "Apoyo Reclamaciones Víctimas Población Desplazada	Asignación Recursos de financiación de la subcuenta ECAT del Fosyga para la atención de población desplazada.

	Fecha	Tipo	Número	Entidad Emisora	Objeto	Contenidos
25	Junio 26 de 2003	Ley	812	Congreso de Colombia	Por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, hacia un Estado comunitario.	<p>Prestación de servicios de asistencia integral en nutrición, refugio y salud (física y psicosocial) a la población desplazada.</p> <p>Financiación de la atención en salud a la población desplazada sin capacidad de pago con recursos de la subcuenta ECAT y cofinanciación de los entes territoriales.</p>
26	Julio 21 de 2003	Acuerdo	247	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por el cual se fijan condiciones para la prestación y pago de servicios de salud a la población en condición de desplazamiento forzado por causa de la violencia, con cargo a los recursos de la Subcuenta ECAT del Fosyga.	<p>Pago de servicios ofertados a la población desplazada.</p> <p>Plazos para la suscripción de convenios para la prestación de servicios a la población desplazada.</p>

	Fecha	Tipo	Número	Entidad Emisora	Objeto	Contenidos
27	Julio 30 de 2003	Decreto	2131	Presidencia de la República	<p>Por el cual se regula la atención en salud de la población en condición de desplazamiento forzado por la violencia, en los términos, condiciones y contenidos de la Ley 100 de 1993.</p>	<p>Regulación de la atención en salud para la población desplazada de acuerdo con el tipo de aseguramiento.</p> <p>Beneficiarios de la política de atención integral a la población desplazada.</p> <p>Cobertura de servicios y exclusiones.</p> <p>Convenios para la prestación de servicios</p> <p>Asignación de recursos de financiación del Sistema General de Participaciones y de la subcuenta Ecat del Fosyga.</p>

	Fecha	Tipo	Número	Entidad Emisora	Objeto	Contenidos
28	Agosto 11 de 2003	Decreto	2284	Presidencia de la República	<p>Por el cual se modifican los artículos 2, 4, 5 y 7 del Decreto 2131 de 2003.</p>	<p>Modificación de las responsabilidades de pago en la prestación de servicios de salud a la población desplazada afiliada al SGSSS, hacia las entidades aseguradoras de las entidades territoriales receptoras</p> <p>Pago de la atención inicial de urgencias de población no asegurada, por parte de las entidades territoriales receptoras.</p> <p>Inclusión dentro de las medidas sanitarias de los riesgos para la salud derivados de los desplazamientos dispersos.</p>