

Acceso a servicios de salud por parte de desplazados víctimas del conflicto armado en Colombia*

Service health access by victims displaced of the armed conflict in Colombia

Lorena Ramírez Cardona**

Martha Cecilia Veloza Morales***

Arabely López Pereira****

Recibido: 23/04/2016. Aprobado: 24/07/2016.

Resumen

Hablar sobre acceso a servicio de salud, implica mencionar atributos como eficiencia, eficacia, también entendida como la utilización efectiva de servicios de salud, el acceso real pasa por la satisfacción del usuario, las actitudes y prácticas respecto a la experiencia de utilizar servicios y la percepción de resolución de la necesidad en salud. (Whitehead, Margareth, 1991).

Se describe la información registrada en la literatura sobre el acceso por parte de los desplazados víctimas del conflicto armado en Colombia, teniendo en cuenta que esta población accede a los servicios de salud a través de un régimen (subsidiado o contributivo), así como por medio de planes PIC², POS³ y PST⁴ y programas Papsivi⁵, de la misma manera como accede la población general.

Cabe concluir que la atención a desplazados víctimas del conflicto no evidencia una atención diferencial ni integral, a pesar de la existencia de normatividad (Ley 14448/2011, plan decenal de salud público), planes, proyectos y programas que reglamenta y da los lineamientos en cuanto a atención de víctimas del conflicto.

Palabras clave: Acceso, servicios de salud, desplazados, víctimas, conflicto armado, actores del conflicto armado.

Abstract

It talks about service health access, it implies mention attributes as efficiency, effectiveness, also it understood as the effective use of health services, the real access passes the user satisfaction, the attitudes and practices refers to the experience of using services and the perceived resolution of the need for health. (Whitehead, Margareth 1991).

Is describes the register information in literature about the access by victims displaced of the armed conflict in Colombia, taking into account that this population has access to health services through a regime (subsidiized or contributoryily), and through plans PIC,² POS³ and PST⁴ and programs Papsivi,⁵ in the same manner as the general population access.

It can be concluded that attention to displaced victims of the conflict no evidence of a differential and integral attention, despite the existence of regulations (Ley 14448/2011, plan decenal de salud pública), plans, projects and programs that regulates and gives guidelines concerning to care for victims of conflict.

Keywords: Access, health services, displaced, victims, armed conflict, actors in the armed conflict.

* Artículo producto de la investigación titulada "Modelo y herramientas para realizar el monitoreo del acceso a los servicios de salud de las víctimas del conflicto armado, como materialización de las Leyes 1448 de 2011, 1751 de 2015, y del programa para la atención psicosocial y la atención integral en salud para las víctimas del conflicto armado-PAPSIVI, en el escenario del post conflicto" ** Investigadora Principal; ***y **** co- investigadoras. Investigación en curso financiada por la Corporación Unificada Nacional CUN. Grupo de Investigación GIDECER, línea de investigación: "Administración para la salud, salud pública y otros elementos de la seguridad social"

** Doctora en Salud, Magister en educación, Especialista en actividad física, Docente de investigaciones Corporación Unificada de educación superior CUN. Colombiana. correo electrónico: Lorena_ramirez@cun.edu.co * +57 320 3050027

*** Magister en Enfermería, Magister en desarrollo educativo y social, Docente de investigaciones CUN. Colombiana. correo electrónico: marta_veloza@cun.edu.co.

**** Magister en Enfermería, Docente de investigaciones CUN. Colombiana. correo electrónico: Arabely_lopez@cun.edu.co.

² Plan de Intervenciones Colectivas

³ Plan obligatorio de salud

⁴ Plan de salud territorial

⁵ Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas

Introducción

Referirse al acceso a los servicios de salud, por parte de los desplazados víctimas del conflicto armado en Colombia, implica abordar el acceso y la calidad de los servicios de salud de forma general, teniendo en cuenta que esta población accede a los servicios de igual manera que el resto de la población (a través de un régimen subsidiado o contributivo), a pesar de la existencia de normatividad (Ley 14448/2011, plan decenal de salud pública), planes, proyectos y programas que reglamenta y da los lineamientos en cuanto a atención de víctimas del conflicto.

En este artículo se expone parte de los hallazgos en la literatura sobre esta temática; revisión generada como fase inicial de la investigación titulada “Modelo y herramientas para realizar el monitoreo del acceso a los servicios de salud de las víctimas del conflicto armado, como materialización de las Leyes 1448 de 2011, 1751 de 2015, y del programa para la atención psicosocial y la atención integral en salud para las víctimas del conflicto armado- Papsivi, en el escenario del post conflicto”, fase descriptiva con enfoque cualitativo, utilizando una matriz en excel para el registro y análisis de la información, resultados presentados de manera narrativa donde se describen tres de las categorías emergentes del examen de contenido; con miras a generar un modelo y herramientas para realizar el monitoreo del acceso a los servicios de salud de las víctimas del conflicto armado; una vez se desarrollen las siguientes fases del estudio.

Los resultados presentados en este escrito se hacen a través del abordaje de las categorías; desplazamiento forzado, calidad en los servicios de salud y barreras de acceso a los servicios de salud.

Desplazamiento forzado y desplazados

Un concepto de un ente internacional sobre el desplazamiento forzado, es el descrito por la Organización de Naciones Unidas (ONU), donde manifiesta: “Personas o grupos de personas obligadas a huir o abandonar sus hogares o sus lugares habituales de residencia, en participar como resultado de un conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violación de los derechos humanos” (1998).

Igualmente la Cruz Roja define los desplazados internos como personas que han sido obligadas a huir de su hogar de su residencia, en particular como resultado o evitar los efectos del conflicto armado, situaciones de violencia, violencia de los derechos humanos (1998).

Esta problemática a nivel mundial ha afectado a 25 millones de personas, mostrando a los desplazados como consecuencia habitual de experiencias traumáticas de conflictos violentos, y violaciones a los derechos humanos. Estas situaciones generan casi siempre sufrimiento y penalidad en las personas afectadas, ruptura familiar, rompen lazos sociales y culturales, ruptura de empleo o sostenibilidad laboral, pérdida de oportunidades educativas, ausencia o disminución al acceso a la alimentación, vivienda y medicina (ONU, 1998). Por su parte esta situación puede exponer a las personas inocentes a actos de violencia en forma de ataques en los campamentos, desapariciones o agresiones sexuales (ONU, 1998).

El conflicto armado en Colombia se lleva más de 50 años que ha llevado al desplazamiento forzado interno, donde se aproxima que más de 4 millones personas afectadas partiendo desde 1985 (Internal Displacement, 2008). Asimismo se reconoce que esta situación de desplazamiento, es más evidenciada en las zonas rurales donde se obliga a dejar sus hogares, tierras, así como sus pertenencias, violando así, varios de los derechos humanos de esta población (Kerr, 2010).

Según Kerr, 2010 han existido varias fases del desplazamiento; la primera surgió en los años 50 del siglo XX; la segunda se dio 20 años después, por conflictos políticos ante el aumento de las acciones del movimiento de izquierda y la respuesta del Gobierno Colombiano; la tercera empezó en los ochentas cuando se crean las fuerzas paramilitares con miras a erradicar la guerrilla. Estas fases evidencian el desplazamiento ligado a situaciones del país memorables y de eventos significativos del país.

En cuanto a las causas más comunes de desplazamiento forzado, se encuentra la ocupación territorial y la apropiación de activos, con miras a la ampliación de terrenos controlados por los grupos al margen de la ley (Ibáñez y Querubín, 2004). Igualmente este mismo autor menciona que los cultivos ilícitos, el narcotráfico y la destrucción de

redes sociales como causantes del desplazamiento forzado. Asimismo se menciona que las zonas con grandes recursos naturales, propuestas viales como energéticos, el desplazamiento es más intenso.

Por su parte Vidal, Atehortúa y Salcedo, reportan que han existido inmensas concentraciones de desplazados internos a zonas periféricas de las ciudades, con características de condiciones extremas de pobreza, vivienda precaria (restricción de servicios públicos) y riesgos en la seguridad. Asimismo aunque se reconoce una acción del Estado, se percibe que no se destinan los suficientes recursos para el acceso a la vivienda, no existe una política consistente de apoyo y fomento de proyectos productivos como de vinculación laboral (2013).

Estos mismos autores, mencionan la existencia de diferentes estrategias de migración donde se evidencian los siguientes datos: el 60% el desplazamiento ocurre dentro del mismo departamento, 17% realiza la migración es intramunicipal. Asimismo la población desplazada percibe en un 93% la migración como definitiva, donde dicha percepción podría mejorar si la violencia disminuyera. Debe también reconocerse que la problemática del desplazamiento forzado ha afectado a mucha población en todo el territorio nacional.

Se hace importante mencionar la existencia de diferentes tipos de desplazamiento, donde se encuentra el llamado el intraurbano, descrito como el desplazamiento dentro en la ciudad donde habita, donde puede manifestarse por la lucha del control territorial por parte del grupos armados ilegales (Kerr, 2010), y aunque no se nombre comúnmente, se hace necesario su reconocimiento.

Derechos de la víctima de desplazamiento forzado

Para aterrizar los derechos de estas personas se hace necesario citar los principios rectores expuestos por la Cruz Roja, ONU (1998), donde se identifican las necesidades, derechos y garantías pertinentes para su protección durante el desplazamiento, retorno y la reintegración. Estos principios sirven de orientación de la normativa internacional de los derechos humanos, para que sean difundidos y aplicados (1998).

Estos principios asimismo se ven reflejados en Colombia en la carta de derechos básicos, donde se mencionan: 1. El derecho a ser registrado; 2. Conservar todos sus derechos fundamentales; 3. Derecho a recibir ayuda humanitaria inicialmente por 3 meses, pero prolongables comprendiendo: alimento y agua potable, alojamiento, vestuario, servicios médicos y sanitarios; 4. Derecho a la entrega de un documento que acredita una entidad promotora de salud para garantizar el acceso a los servicios de salud; 5. Derecho a retornar en condiciones seguras o reubicarse en alguna zona del territorio nacional; 6. Derecho al trabajo; 7. Derecho a la educación, 8. Derecho a acceder a los beneficios del estado; 9. Tener todos los derechos que la constitución o las leyes estipulan (Presidencia, s.f).

Marco legal para la persona en situación de desplazamiento forzado

Se hace importante resaltar la responsabilidad que tiene el Estado ante estas personas, reconociendo que es una problemática social que afecta el sistema socioeconómico que desencadena otras deficiencias (Herazo, Sellamèn, 2010). Es así que hay una respuesta legal para la garantía de los derechos, en busca de la calidad de vida y una vida digna.

En la revisión de estos textos legales del Estado Colombiano se destacan dos leyes: Ley 387 de 1997 y la Ley 1148 de 2011. Por tanto se mostrarán algunos apartados de estos documentos conceptuales o de respuesta a la garantía de los derechos para estas personas.

En la ley 387 de 1997 se conceptualiza el término desplazado como:

Es desplazado toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas...(Congreso Colombia, 1997).

Asimismo, esta misma ley enumera las situaciones de amenaza a las que puede estar una persona desplazada.

Conflicto armado interno; disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar drásticamente el orden público. (Congreso Colombia, 1997).

Por su parte el Estado por medio de los principios de esta ley, se evidencian los lineamientos a trabajar con las personas desplazadas, mencionando que tienen derecho a recibir ayuda; a no ser discriminados; la familia tiene derecho a la reunificación familiar; el regreso a su lugar de origen; a no ser desplazados forzosamente. Finalmente se menciona que el estado debe proporcionar las condiciones para facilitar las convivencia, equidad y justicia (Congreso Colombia, 1997).

Ley 1448 de 2011. Dicha ley creada la para la víctima del conflicto armado interno como la persona con desplazamiento forzado, busca establecer medidas judiciales, administrativas, sociales y económicas, tanto individuales y colectivas para las víctimas definidas como:

...Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno (Congreso Colombia, 2011).

Igualmente los objetivos de esta ley se enmarcan en pro del goce de los derechos a la verdad, justicia y reparación con garantía a la no repetición, sin embargo en los últimos años se han expedido por parte de la Corte Constitucional varios autos y sentencias para lograr una respuesta efectiva, pero los resultados de los estudios de las entidades del mismo Estado y no gubernamentales muestran un bajo impacto en el cumplimiento (Mendoza, 2012).

Este enfoque en pro de los derechos, se enmarca en el cumplimiento de los derechos fundamentales (ONU, 2006). Asimismo esta organización manifiesta que este enfoque muestra que los derechos son universales e indivisibles, siendo igualmente importantes y que todos se relacionan para así disfrutarlos. En el caso de los desplazados, con mayor afección se identifica un retroceso en derechos como la salud, alimentación (Mendoza, 2012). Esta afección por tanto afectará la calidad de vida de estas personas.

Como se ha mencionado anteriormente se evidencia la responsabilidad del Estado con las personas desplazadas. Ibáñez, Velásquez (2008), mencionan que esta responsabilidad se divide en tres etapas: prevención,

ayuda humanitaria de emergencia y estabilización socioeconómica, donde el objetivo de prevención es eliminar los causantes del desplazamiento, la ayuda humanitaria de emergencia responde a las necesidades de alimentación, techo, cubrimiento de salud y transporte aproximadamente por 3 meses con la característica de ser renovable. Por su parte la estabilización económica busca ayudar al proceso de independencia económica, en busca del sostenimiento del hogar en largo plazo.

Esta responsabilidad del Estado que refleja un bajo cumplimiento, se ven directamente afectados en los programas de estabilización económica, por el poco presupuesto asignado, la falta de implementación de programas y el limitado conocimiento de las necesidades y condiciones de la población desplazada (Ibáñez, Velásquez, 2008). Por su parte Ibáñez (2006) menciona que estos programas tienen un impacto positivo en la disminución del desempleo, pero no supera el nivel de pobreza con los trabajos adquiridos.

Calidad en los servicios de salud

Para empezar este aparte; es necesario revisar el concepto “calidad en los servicio de salud” y al respecto se encuentran diferentes significados; algunos autores mencionan componentes como: infraestructura (recursos y producción, organización del sistema, soporte económico, gestión de los servicios de salud, prestación del servicio) (Roemer, MI, Montoya Aguilar. OMS, 1988) y estos mismos autores definen calidad de los servicios de salud como: “desempeño apropiado de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición”.

Para otros como Deming, WE. (citado por Álvarez Heredia, F), calidad es “hacer lo correcto correctamente” y hacer lo correcto es determinado por la eficacia y la adecuación de procedimientos y tratamientos, que están determinados por la disponibilidad, oportunidad, efectividad, seguridad para el paciente, eficiencia y respeto humano (2007).

Así mismo, Donabedian, (citado por Álvarez Heredia, F.) se centra en la definición desde las diferencias sociales donde están inmersas la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente donde se lleva a cabo el proceso de atención y define la calidad en

los servicios de salud como un atributo de la atención médica que puede darse en diferentes grados; definido como “el logro de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente” en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos y a los valores sociales (2007).

Por otro lado; Harrigan comprende que el paciente, el prestador, el sistema, pueden tener su propio concepto de calidad yendo desde expectativas, pasando por efectividad y llegando a uso de recursos, y en los resultados de la investigación “perfil del sistema de salud en Canadá” recomienda hacer hincapié en los factores externos al sistema de salud: factores sociales y económicos que son factores determinantes de la salud fuera del ámbito médico (desempleo, pobreza, funciones determinadas por consideraciones de sexo, influencias y prácticas étnicas y culturales, solidaridad de la comunidad, etc.) (OPS, 2000).

Desde el punto de vista de los usuarios; Delgado Gallego M, Vásquez Navarrete ML y Vanderlei L. valoran mucho la accesibilidad al servicio: tiempo para ser atendidos, el trato igualitario que deben darles los actores institucionales, una gestión administrativa ágil y coordinada entre todas las instituciones involucradas en el servicio, el tiempo adecuado de consulta, acceder a la información y la disponibilidad de recursos (2010).

Lo anterior muestra que hay una gama de definiciones sobre calidad y sus componentes, que involucran: el paciente, el prestador (personal de salud y administrativos), el sistema de salud y el ambiente.

En cuanto a la calidad de los servicios de salud relacionada con la población desplazada que accede a estos servicios, a través de un régimen (subsidiado o contributivo), por medio de planes PIC, POS y PST y programas Papsivi, se percibe igual a la percibida por la población general. Desde esta perspectiva la atención a desplazados víctimas del conflicto no evidencia una atención integral ni diferencial, a pesar de la existencia de normatividad (Ley 14448/2011, plan decenal de salud público), planes, proyectos y programas (ya mencionados) que reglamentan y dan lineamientos en cuanto a atención de víctimas del conflicto.

Por otra parte, la salud como un derecho inalienable del ser humano, responsabiliza socialmente al Estado con el ciudadano, siendo necesario demostrar ante el usuario que el desempeño de sus instituciones y personas, así como el uso de los recursos, inciden directamente su estado de salud, lo cual exige calidad en los servicios de salud.

Si se tiene en cuenta lo expresado anteriormente sobre el concepto de la calidad de los servicios de salud, es fundamental que el sistema de salud garantice mecanismos y estándares de calidad, factibles de ser medidos a lo largo del tiempo, que involucren los diferentes actores; reflejado en el estado de salud, la satisfacción de los usuarios y del personal involucrado y el mejoramiento permanente de las instituciones.

En Colombia, la Ley 100 en el numeral 1 Artículo 153 menciona características para garantizar el fundamento de la equidad, donde se hace mención especial a la calidad delegando al sistema general de seguridad social en salud, como proveedor de servicios de igual calidad a todos los habitantes en Colombia.

Desde este punto de vista surgen interrogantes sobre la implicación de “igual calidad” que exige: estándares de calidad uniformes, existencia de guías de atención, con criterios explícitos de pertinencia clínica, administrativas y financieras, procesos de atención, que sean conocidos e implementados por igual en todas las organizaciones, y la generación de indicadores de medición de la prestación de los servicios, que evidencien igualdad de estratos sociales, etnias, sitios geográficos.

Por otra parte se debe tener en cuenta que la calidad de los servicios de salud; también se refleja en cómo se le provee cuidados de calidad a los ciudadanos, en la disposición, la sonrisa, una mirada a los ojos, un llamado por su nombre; situaciones que se deben dar, sin estar sujetas a quién paga, a qué régimen o a que clase social, etnia, género, etc., pertenece.

Barreras de acceso a salud y desplazada en Colombia

El acceso a servicios de salud para la población colombiana está regido básicamente por los regímenes establecidos por la ley 100 de 1993, que tras crearse el Sistema General de Seguridad Social en Salud Sgsss, crea como regímenes el subsidiado, el contributivo y regímenes especiales, de los cuales no se centrará este apartado. Diciendo esto, se podría suponer que es básico pertenecer al régimen subsidiado o al contributivo según sea la capacidad del afiliado.

Hablar de acceso a servicios de salud es complejo, debido a que en la literatura se encuentran autores que asocian el concepto de acceso con términos como accesibilidad, disponibilidad o búsqueda de atención (R & W, 1981) (Ricketts TC, 2005). Así mismo están quienes van hacia la corriente de acceso como ajuste entre las características del servicio y la población (R & W, 1981) (Ricketts TC, 2005) (Frenk, 1985) y acceso con la utilización como tal del servicio (Medicine, 1993) (Aday LA, 1974). Así mismo existe evidencia sobre lo que ha estudiado y escrito sobre acceso a servicios de salud por parte de Andersen, donde se enfatiza en la importancia de un modelo que permita evaluar consistentemente el acceso a servicios de salud.

Para revisar el acceso a servicios de salud se debe tener en cuenta que Andersen en su modelo habla principalmente como el acceso es el resultado de la interacción entre los elementos de la o las organizaciones de salud (Aday & A, 1974) (EPS-EPS-IPS entre otras) y el sistema de salud como tal (Aday LA, 1974). En conclusión el acceso de salud va directamente relacionado con el sistema de salud, si bien pueden haber factores que influyen en que este acceso sea o no efectivo lo principal que se debe revisar es el sistema de salud actúa (Lorenzo, Navarrete, y Mogollón-Pérez, 2010), es decir conociendo la normatividad y la actualización en el conocimiento de la misma por parte de los integrantes del sistema.

Qué son Barreras de acceso en salud.

Una barrera puede verse como un impedimento para realizar alguna acción, este impedimento puede incentivar o no el proceso de lucha para el alcance del objetivo, En cuanto a salud el acceso a salud el sistema general de seguridad social en salud (Sgsss) describe que

la salud debe ser obligatorio, universal, equitativo, con enfoque diferencial entre otros que dejarían ver lo acorde, es así como las reformas se ha convertido en un proceso largo y en algunas oportunidades tedioso; Vargas et al en su investigación sobre acceso a servicios de salud, describen que el factor que más predispone en el uso o no de los servicios de salud es todo lo relacionado con lo sociodemográfico, así como la educación y el sexo, dónde las mujeres son quienes más hacen uso del servicio frente a los hombres (Lorenzo, Navarrete, y Mogollón, 2010), lo autores refieren que las creencias en salud o el conocimiento como tal del sistema de salud en Colombia no es considerada una barrera como tal para el acceso de salud por los ciudadanos.

La economía, la situación laboral, la cobertura (Según la EPS a la que se esté afiliada), el estar asegurados y activos si son considerados barreras, por ejemplo el no estar asegurados disminuye la probabilidad de hospitalización y de utilización de los servicios, la carga familiar y la falta de redes de apoyo son barreras indirectas encontradas en diferentes estudios y referidas por los usuarios, ser cuidador directo de una persona sana o no, es decir cuidar niños o adultos, así como la posibilidad de ser cuidador de una persona en condición de discapacidad pueden influir en la utilización o no de los servicios.

Desplazamiento y salud

Dentro de la carta magna de Colombia, Constitución Política de Colombia CPC de 1991, y desde la creación de derechos humanos, se considera la salud como un derecho fundamental, no es necesario la descripción de artículos que así lo corroboran, lo que es realmente importante es la notoria no efectividad de este derecho, convirtiendo el acceso a servicios de salud como una necesidad básica de la población desplazada, interfiriendo en el proceso salud-enfermedad. Lo anterior por el cambio al que se ven abocados esta población, al ser un proceso (salud-enfermedad) cualquier daño puede incubarse por años y la aparición o el desenlace se puede ver en el corto, mediano o largo plazo, trayendo consigo daños físicos, genéticos, emocionales, afectivos, psicológicos, sociales, ocupacionales , entre otros (Vargas, 2015).

La situación descrita debe ser de interés en salud pública dado el aumento de desplazamiento o de personas en esta condición puede acarrear mayor daño en salud en los colombianos. La salud mental es un tema de interés y de salud en la población desplazada por conflicto armado en Colombia, debido a que como lo dice la reforma en salud Ley 1715 de 2015 donde se refuerza el derecho a la salud a todos los colombianos, la población continua describiendo como este fenómeno crea en ellos como principales dificultades el compromiso de la salud mental y la pérdida de la estabilidad psicosocial, los relacionados con la alimentación y, en menor grado, dolores, problemas gastrointestinales y respiratorios. Las principales diferencias entre mujeres y hombres se observan en el reconocimiento del impacto psicosocial del desplazamiento a nivel individual y familiar (Pérez, Navarrete, y Gil, 2003). La población acude a redes familiares, iglesia o afinidad religiosa como la primera elección para mejorar este aspecto mental o psicológico, lo anterior muestra la necesidad sentida de un tratamiento diferencial y posterior seguimiento a esta población en espacial con lo relacionado a lo psicológico, al proceso mental por el que se atraviesa, la mayoría de la población sale de su lugar de origen sin tiempo de nada. Por lo cual los pensamientos, la tristeza, la rabia son sentimientos naturales que pueden presentarse y que se deben prestar atención oportuna.

Información, acceso a la salud y desplazamiento

Los desplazados por conflicto interno en Colombia deben acreditar la condición de desplazamiento, esto quiere decir que, luego de soportar el cambio de vida y que las personas se hayan visto obligadas a abandonar su tierra, cambiar de costumbres y obligarse a la adaptación rápida de un nuevo lugar de vivienda, deben acreditar y certificar que lo sucedido fue verdad. En este proceso se exige la denuncia del caso ante las autoridades competentes y por supuesto un documento de identidad. ¿Pero, todos los desplazados cuentan con documentos de identidad cuando se vieron obligados a dejar sus sitios de origen sin previo aviso? Este es un tema que dificulta el proceso y que suma una barrera más para la población, a esto el temor de represalias y el ser identificados y señalados o encontrados se suma a la dificultad de tener documentos de identificación (González, 2002).

A lo anterior, se sumaba hasta cerca del año 2011, la inexistencia de una única base de datos de información de desplazados, cada ente territorial tiene su base de datos, pero el desplazamiento es constante, lo cual hace prácticamente inexistente un adecuado intercambio de información y una actualización real sobre la cantidad exacta de desplazados (Mogollón y Vázquez, 2008), pero, con la creación del Registro Único de Víctimas RUV se supone un paso hacia la atención de manera más efectiva. En el año 2011 se crea junto a la Ley 1448 (República, 2011) en la cual se crea la red nacional de información, donde la RNI, será el instrumento que garantizará al Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas una rápida y eficaz información nacional y regional sobre las violaciones de que trata el artículo 3° de ésta. Permitirá la identificación y el diagnóstico de las circunstancias que ocasionaron y ocasionan el daño a las víctimas (República, 2011).

Lo anterior se convierte en una herramienta fundamental para facilitar y disminuir dificultades en la atención integral de víctimas de desplazamiento y facilite el goce efectivo de los derechos a los cuales tienen derecho como ciudadanos colombianos.

Salud en desplazados

La población desplazada en Colombia tiene como característica precarias condiciones económicas y se describe como la principal barrera para acceder a servicios de salud, el bajo nivel de información, la necesidad de reconocimiento de la condición de desplazado, la integración social en su nuevo entorno inmediato, problemas de salud de diversa índole y su actitud frente a su situación (Pérez y Navarrete, 2006) son características que convergen en la población en condición de desplazamiento cuando de acceso a servicios de salud se trata. Vivir el desplazamiento de manera directa muestra una dificultad más descrita por profesionales del área de la salud y es el compromiso en salud mental, la adaptación a nuevas ciudades, costumbres, trabajos, entre otras repercute en sus dinámicas sociales, “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” (Pérez y Navarrete, 2006).

La financiación del sistema de salud para la atención de población desplazada es una barrera también percibida, esta población ha perdido su sostenibilidad autónoma para el desarrollo normal de la vida, y verse obligado a la ayuda constante es un tema de difícil comprensión; es así como para algunos prestadores de servicios consideraban que la falta de claridad en la definición de las fuentes de financiación para respaldar las políticas de atención de la población desplazada se erige como barrera para su implementación (Mogollón y Vázquez, 2008), (Pérez y Navarrete, 2006), aunque las entidades territoriales tampoco cuentan con los recursos suficientes para la atención de esta población, pudiéndose convertir en una atención normal sin enfoque diferencial por el proceso vivido como tal por la misma población.

El aseguramiento y tránsito por el sistema de salud por parte de la población también constituye una barrera de acceso, estar de manera intermitente en el régimen subsidiado o contributivo (por el proceso como tal de desplazamiento, cambio de sitio de vivienda, pérdida de trabajo o fuentes de ingreso económicas) pueden causar este tránsito y dificultad de mantenerse en un régimen, lo cual según diferentes autores, a lo anterior se suma la clasificación y atención de beneficiarios de programas con condición de desplazados, donde si no hay claridad sobre quienes son o no beneficiarios se presenta exclusión de los mismos, la necesidad de información a nivel nacional y acceso libre de la misma sobre la ubicación y condición de los desplazados se convierte en fundamental para la participación de los beneficios.

Para gestores y prestadores de servicios de salud un tema importante a tener en cuenta al hablar de acceso a servicios de salud es lo relacionado con la financiación de la atención a la población desplazada no asegurada, las reformas al Sgsss describe todo sobre el acceso a los servicios de salud pero olvidan el flujo de recursos (Mogollón y Vázquez, 2008) (Quintana, 2002) y la designación de responsables de los mismos de manera clara y oportuna, creando déficit en la atención y riesgo para las instituciones prestadoras quienes pueden limitar el servicio por incertidumbre en el pago.

Conclusión

La población desplazada está en constante aumento, es necesaria la articulación de los sectores (Política-Sistema de salud y Entes prestadores) para garantizar el derecho y goce a la salud que todos los desplazados tiene derecho.

Es importante precisar que una reparación completa y el aseguramiento de la no repetición son necesarias, si bien se adelanta un proceso de paz y por ende de recuperación y de perdón, cobra importancia la atención constante en salud y en especial en salud mental, tener en cuenta las soluciones en cuanto a personas indocumentadas, hacer seguimiento, prestar el servicio diferencial puesto se tiene un proceso diferente con respecto a otros colombianos.

Quizá suene un poco ambicioso pero incluir, mantener y no restringir el acceso a procesos psicológicos y psiquiátricos son fundamentales en la población.

Referencias

Aday, L. & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care.

Health Service Research, 9(3), 208- 220.

Álvarez, F. (2007). *Calidad y Auditoria en Salud*. Bogotá Colombia: ECOE Ediciones Ltda.

Congreso Colombia. Ley 387 de 1997

Congreso Colombia. Ley 1148 de 2011

Comité Internacional de la Cruz Roja (1998). Principios Rectores de los desplazamientos internos.

Recuperado de <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/5tdmhb.htm>

Delgado, M., Vázquez, M. y Vanderlei, L. (2010). Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Revista Salud pública*, 12(4), 533-545.

Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de la accesibilidad. *Salud Pública México*, 438-453.

González, M. (2002). Desterrados el desplazamiento forzado en Colombia. Recuperado de <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/msf/informedesplazados.htm>

Herazo, G. y Sellamén, A. (2010). El programa de generación de ingresos y el desplazamiento forzado. *Criterio libre*, 8(19), 129-170.

Ibáñez, A. y Querubín, P. (2004). Acceso a las tierras de desplazamiento forzado en Colombia. Recuperado de http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI_2497.pdf?view=1

Ibáñez, A., Moya, A. y Velásquez, A. (2006). Hacia una política para la población desplazada en Colombia. Recuperado de http://www.acnur.org/fileadmin/news_imported_files/COI_1401.pdf?view=1

Ibáñez, A. y Velásquez, A. (2008). El impacto del desplazamiento forzado en Colombia: Condiciones socioeconómicas de la población desplazada, vinculación a los mercados laborales y políticas públicas.

- Santiago de Chile: División de Desarrollo Social CEPAL- Serie políticas sociales (145).
- Internal Displacement Monitoring Centre. (2008). Economic, Social and Cultural Rights of Internally Displaced Persons (IDPs) in India April 2008. Recuperado de <http://www.internal-displacement.org/assets/library/Asia/India/pdf/IDMC-CESCR-submission-India-Apr-2008.pdf>
- Kerr, E. (2010). Desplazamiento forzado en Colombia: Un crimen contra la humanidad. *Peace Brigades International Colombia*, (14), 3-7.
- Lorenzo, I. V., Navarrete, M. L., y Mogollón-Pérez, A. S. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev. Salud pública*, 12(5), 701-712.
- Millman, M. (1993). Access to Health Care in America. Washington, D.C.: *National Academies Press*.
- Mendoza, A. (2012). El desplazamiento forzado en Colombia y la intervención del Estado. *Revista de Economía Institucional*, 14(26), 169-202.
- Mogollón, A., & Vázquez, M. (2008). Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 745-754.
- Mogollón, A., y Vázquez, M. (2006). Características de la población desplazada que inciden en el acceso a los servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, (11), 96-110.
- Organización de las Naciones Unidas. (1998). Guiding Principles on Internal displacement. Recuperado de <http://www.idpguidingprinciples.org/>.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). Preguntas frecuentes sobre el enfoque de los derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Recuperado de <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>.
- Organización de las Naciones Unidas. (1998). Intensificación de la promoción y el fomento de los derechos humanos y las libertades fundamentales, en particular la cuestión del programa y los métodos de trabajo de la comisión Derechos humanos, éxodos en masa y

personas desplazadas. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/file-admin/Documentos/BDL/2001/1547.pdf?view=1>

Organización Panamericana de la Salud. (2000). Perfil del sistema de salud Canadá. Recuperado de http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Canada_2000.pdf

Presidencia Colombia. (2009). Carta de derechos, Sistema nacional de atención integral a la población desplazada SNAIP. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/La%20poltica%20generacin%20de%20ingresos/informe%20al%20gobierno%202009.pdf>

Quintana, S. (2002). *El acceso a los servicios de salud en Colombia en 2002*. Recuperado de <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/msf/accesosaludcol.htm>

Penchansky, R. & Thomas, J. (1981). The concept of acces. Definition and relationship to consomer satisfaction. *Med care*, 19(2), 127-140.

Ministerio del Interior, República de Colombia (2011). Ley 1148 de 2011. Ley de Víctimas y Restitución de Tierras y Decretos Reglamentarios. Bogotá.

Ricketts, T. (2005). Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nursing Outlook*, 53, 274-280.

Vargas, M. C. (2015). Desplazamiento e impactos en la salud. *Avances en Enfermería*, 15-23.

Vásquez, M., Mogollón, A. y García, M. (2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Revista Española Salud Pública*, 77(2) 257-266.

Vidal R, Atehortúa C, Salcedo J. (2013). Desplazados internos fuera de los campos. El papel de autoridades locales en Colombia. Estudio comparado de Bogotá D.C y Cali. Publicado Brookings-LSE. Washington. U.S.A.