

Acceso y percepción sobre la calidad de la atención médica en el sistema de salud en el departamento del Meta: una mirada después de los acuerdos con las Farc

Sebastián León-Giraldo, Óscar Bernal, Catalina González-Uribe, Germán Casas, Juan Sebastián Cuervo-Sánchez, Rodrigo Moreno-Serra

Colombia ha experimentado un conflicto de más de sesenta años. Entre el inicio de estas confrontaciones hasta el periodo de mayor presión militar del Ejército a las guerrillas y grupos al margen de la ley (1958-2012), el conflicto ha dejado, aproximadamente, 220.000 muertes (1958-2012), 1.982 masacres (1980-2012), 27.023 secuestros (1970-2010), 25.007 desaparecidos y más de 4.744.046 personas desplazadas (Grupo de Memoria Histórica, 2016). Sin embargo, el conflicto se ha manifestado de forma diferenciada en distintas zonas del país (Salas-Salazar, 2016). Uno de los territorios que se ha visto históricamente más afectado por este fenómeno es el departamento del Meta.

Este departamento fue, durante años, una de las zonas del país con más eventos relacionados con el conflicto (PNUD, 2016). Según un estudio del 2016 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), entre 1985 y 2016, el conflicto armado en el Meta dejó, aproximadamente, 210.000 personas desplazadas, 30.000 homicidios, 13.000 casos de desapariciones forzadas, 8.000 amenazas y 2.500 acciones calificadas como terroristas dentro del conflicto armado (Gobernación del Meta, 2017), afectando de manera heterogénea el territorio, donde algunos municipios pueden ser catalogados como más afectados por el conflicto como, por ejemplo, Vista Hermosa, y otros menos afectados como Castilla la Nueva (CERAC, 2020). Una de las dimensiones en donde el conflicto ha tenido importantes consecuencias en este y otros territorios es en el acceso a los servicios de salud.

En Colombia, la salud es considerada un derecho fundamental (CPC, 1991) y el acceso a los servicios de salud es la capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención médica (Frenk, 2014) en el momento y lugar necesarios (Andersen, 1995), bajo niveles adecuados de disponibilidad, accesibilidad, acomodación y aceptabilidad de estos servicios (Graves, 2009). La firma del acuerdo de paz de 2016 con la guerrilla Farc-EP pudo haber mejorado tanto la provisión como el acceso a los servicios de salud en territorios afectados por el conflicto como consecuencia de la disminución de las confrontaciones armadas. Sin embargo, ciertos grupos poblacionales, como las personas en condición de desplazamiento, suelen verse enfrentadas a múltiples barreras adicionales para el acceso a los servicios de salud debido a la dificultad para cubrir necesidades básicas, el abandono de sus zonas origen, la ausencia de redes de apoyo, y la falta de condiciones de seguridad y de estabilidad a las que se ven enfrentados para establecerse en sus nuevos lugares de residencia (Mogollón-Pérez, Vásquez-Navarrete y García-Gil, 2003). Por lo tanto, resulta importante analizar diferencias en el acceso a los servicios de salud entre personas que se encuentran y no encuentran en condición de desplazamiento.

Principales resultados

- Los niveles de afiliación al sistema de salud, tanto de población desplazada como no desplazada, se han mantenido altos en años recientes. Hay mayores tasas de afiliación al régimen subsidiado para la población desplazada.
- La mayor parte de la población desplazada y no desplazada accede a los servicios de salud. Sin embargo, en promedio, 1 de cada 3 personas que reportaron haber tenido algún problema de salud en los 12 meses previos a la encuesta, no busca solicitar atención médica.
- Los hospitales de cualquier nivel de atención son los lugares más frecuentados tanto por personas desplazadas como no desplazadas, para recibir servicios de salud. Las farmacias y boticas son el lugar más común utilizado por ambas poblaciones para recibir servicios médicos de forma informal.
- La demora en citas, el servicio de mala calidad y la distancia al centro de atención son algunas de las razones más importantes para no solicitar atención médica en la población desplazada. Aunque se perciben cambios en 2020, es necesario seguir trabajando en reducir las posibles razones para que la población no acceda a los servicios de salud.

Acerca del estudio

Esta Nota es un producto del proyecto *War and Peace: The Health and Health System Consequences of Conflict in Colombia* desarrollado por la Universidad de los Andes y el Centre for Health Economics de University of York. El estudio analiza niveles de acceso y calidad de atención en salud en territorios afectados por el conflicto armado del departamento de Meta, Colombia, en 2020, cuatro años después de la firma del acuerdo de paz con la guerrilla Farc-EP.

Acerca de los autores

Sebastián León-Giraldo. Investigador de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo y estudiante de Doctorado del Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Desarrollo, Universidad de los Andes

Óscar Bernal. Profesor titular de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes

Catalina González Uribe. Profesora asociada de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes

Germán Casas. Profesor clínico de la Facultad de Medicina, Fundación Santa Fe de Bogotá

Rodrigo Moreno-Serra. Profesor asociado del Centre for Health Economics, University of York

Juan Sebastián Cuervo. Profesional de proyectos de investigación, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes

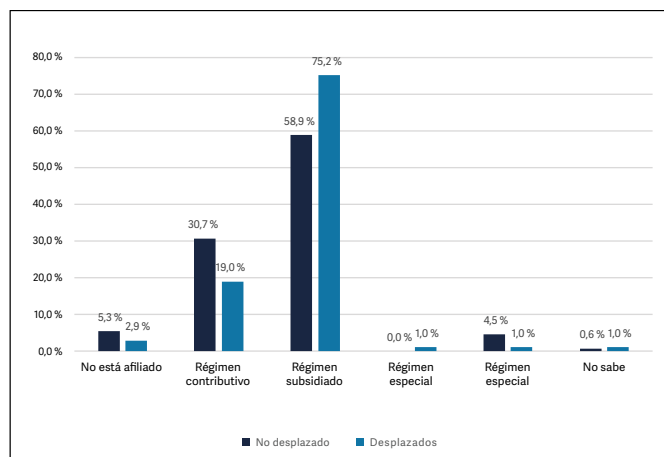
Estudios previos han analizado las dificultades que enfrenta la población desplazada para acceder al sistema de salud aún después de la firma de los acuerdos de paz (León-Giraldo *et al.*, 2020); sin embargo, esta situación ha podido intensificarse más con la pandemia de la COVID-19. La población del Meta –y las poblaciones afectadas por el conflicto de modo general– están muy amenazadas por niveles de contagio y transmisión de la COVID-19, añadiendo a los problemas de salud que provienen del conflicto. Los problemas de acceso para esas poblaciones pueden haber aumentado también, pues grupos armados al margen de la ley han estado más activos desde el inicio de la pandemia en muchos de esos territorios y la capacidad del Estado de prestar servicios médicos u otros servicios públicos ha estado aún más limitada en estos espacios (Fundación Paz y Reconciliación, 2020).

Así pues, la presente Nota de Política compara los niveles de acceso al sistema de salud para población desplazada y no desplazada en el departamento del Meta para el 2020. El estudio utiliza los resultados de la encuesta Conflicto, Paz y Salud (Conpas), panel longitudinal en temas de salud y conflicto desarrollado por el proyecto *War and Peace* y representativa a nivel de zonas urbanas y rurales del Meta, y por niveles de intensidad del conflicto de los municipios de ese departamento. Se presentan y analizan los principales resultados derivados de este estudio, tras cuatro años de la firma del acuerdo de paz con la guerrilla de las Farc-EP en el 2016.

Niveles de afiliación al sistema de salud

Conpas 2020 encuestó a los residentes de 905 hogares localizados en los 29 municipios del Meta. La figura 1 presenta los niveles de afiliación al sistema de salud y participación en los distintos regímenes para población desplazada y no desplazada:

Figura 1. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, Conpas 2020 (N:905)

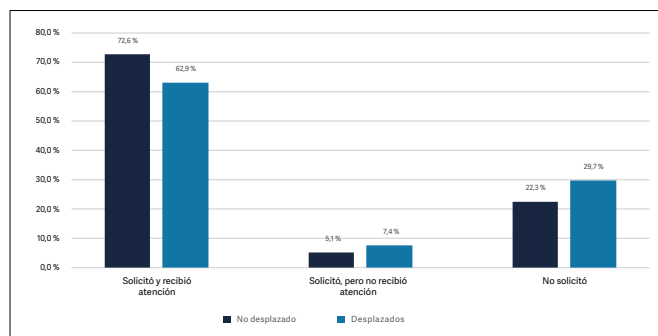


Fuente: elaboración propia con base en Conpas 2020

La mayor parte de la población encuestada (más de 95 %) se encuentra afiliada al sistema de salud, sin diferencias importantes en las tasas de afiliación entre personas desplazadas y no desplazadas. Sin embargo, la mayor parte de la población desplazada se encuentra afiliada al régimen subsidiado (75,2 %), y, en menor medida, al régimen contributivo (19 %). Así mismo, la mayoría de la población no desplazada se encuentra afiliada al régimen subsidiado, pero en menores tasas que la población en condición de desplazamiento (53 %). No hay diferencias importantes en la tasa de afiliación a otros regímenes entre estos dos grupos.

De la población encuestada (N:905), 332 personas reportaron haber estado enfermos en los últimos doce meses. La figura 2 muestra el porcentaje de personas enfermas desplazadas y no desplazadas que solicitaron servicios médicos y el porcentaje de personas que no accedieron al servicio o no quisieron solicitarlo.

Figura 2. Solicitud de servicios médicos cuando estaba enfermo (N:332)

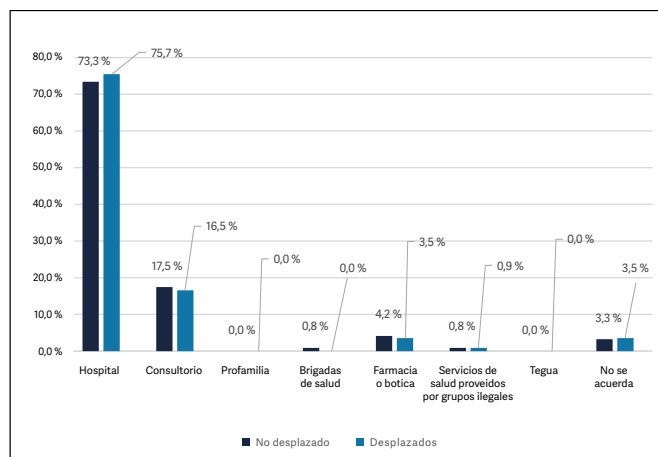


Fuente: elaboración propia con base en Conpas 2020

La mayor parte de la población solicitó y recibió atención médica, tanto en la población desplazada (62,9 %), como no desplazada (72,6 %). Un 7,4 % de la población desplazada no recibió atención médica, a pesar de haberla solicitado, frente a un 5,1 % de la población no desplazada que no recibió esta atención. En ambos casos, sin embargo, la falta de acceso a los servicios de salud se debe, principalmente, a la no solicitud de los servicios por parte de estas dos poblaciones. La población desplazada tiende a no solicitar servicios médicos en una mayor proporción (29,7 %), frente a la población que no está en condición de desplazamiento (22,3 %).

Aquellas personas que solicitaron y recibieron servicios de atención médica, acudieron a uno o varios lugares para recibir estos servicios. La figura 3 muestra el lugar o los lugares en los que fueron atendidas las personas que recibieron atención médica (N:224). Una misma persona pudo reportar haber sido atendida en más de un lugar.

Figura 3. Lugares en donde fue prestado el servicio de salud (N:224)

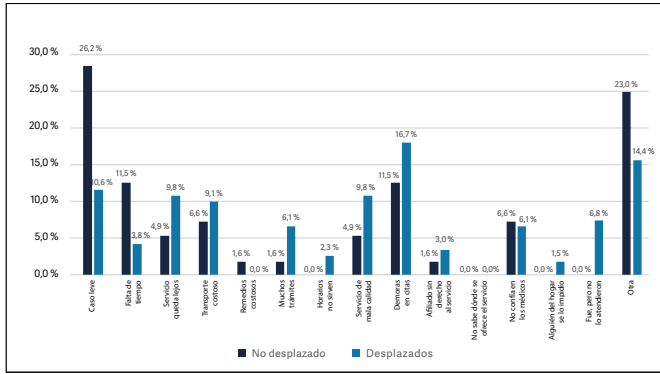


Fuente: elaboración propia con base en Conpas 2020

Tanto población desplazada como no desplazada acuden, principalmente, a un centro hospitalario de cualquier nivel para recibir atención médica (75,7 % y 73,3 %, respectivamente). La consulta ante un especialista es el segundo medio más utilizado, sin diferencias importantes entre desplazados y no desplazados. El uso de farmacias y boticas es utilizado por población no desplazada en un 4,2 % y por población desplazada en un 3,5 %. Los demás centros de atención (brigadas de salud, teguas o curanderos, etc.) no son utilizados o son utilizados a tasas muy bajas (menos de 1 %) por estas poblaciones.

Finalmente, la figura 4 presenta las razones reportadas por los encuestados para no haber solicitado o no haber recibido atención médica. Como en el caso anterior, una persona pudo haber reportado más de una razón para no asistir a un centro de atención médica.

Figura 4. Razones para no recibir o no solicitar atención en salud (N:108)



Fuente: elaboración propia con base en Conpas 2020

La mayor parte de la población no desplazada (26,2 %) no asistió a los centros de atención en salud al considerar su enfermedad como un caso médico leve o poco grave, algo que pudo verse influido también por el temor a visitar los servicios médicos debido al COVID-19. Luego, la falta de tiempo (11,5 %) o la demora en la asignación de citas o en la atención en el puesto de salud (11,5 %) fueron las dos razones más importantes para no solicitar o recibir servicios médicos. En cambio, la población en condición de desplazamiento reportó la demora en citas o en la atención como el factor más importante (16,7 %), seguido de la percepción de que su caso era leve (10,6 %). La distancia o lejanía al puesto de atención (9,8 %) y el servicio de mala calidad (9,8 %) fueron, también, razones importantes para no asistir a los servicios médicos para la población desplazada.

Los datos evidencian altas tasas de afiliación, asistencia y solicitud de servicios de salud tanto en población desplazada como no desplazada. Sin embargo, aún se presentan algunas limitaciones o barreras que dificultan o desalientan el uso o la asistencia a los lugares de prestación del servicio de salud en el territorio. Al comparar estos resultados con los expuestos en el documento [Acceso a salud y percepción sobre la calidad de la atención médica en el departamento del Meta: una mirada después de los acuerdos con las Farc](#) (Leon-Giraldo, *et al.*, 2020), realizado con datos de las mismas personas, pero para 2018, se puede observar que en lo referente a la afiliación al sistema de salud se ha mantenido en niveles parecidos, aunque con una ligera diferencia. Para 2020, 5,3 % de la población no desplazada y 2,9 % de la población desplazada reportaba no estar afiliada al sistema de salud, mientras que, en 2018, 6 % de la población no desplazada y 5 % de la población desplazada reportaron no estarlo. Al comparar el tipo de afiliación que reportan las personas, en 2018 se estableció que 17 % de la población desplazada y 34 % de la población que no reporta desplazamiento están afiliados al régimen contributivo, mientras que para el 2020 estos son de 19 % y 30,7 %, respectivamente. Y, en el caso del régimen subsidiado, se observan tendencias similares para ambos años también. Por un lado, en 2018, 76 % de la población desplazada y 54 % de la no desplazada reportan hacer parte del régimen subsidiado, para 2020 las cifras se ubican cerca del 75 % para población desplazada y al 58 % para no desplazada.

En el acceso a los servicios de salud, cuando la persona estaba enferma, se nota una diferencia entre quienes no solicitan atención en 2018 en comparación con 2020. El 20 % de la población desplazada como la no desplazada no solicitaron los servicios de salud, mientras que para el 2020, el porcentaje aumentó a 29,7 % para la población desplazada y a 22,3 % en el caso de la población no desplazada. En cuanto al porcentaje de población que reporta haber solicitado y no haber recibido atención, los datos presentan una leve diferencia. En 2018, 8 % de la población desplazada y 3 % de quienes no fueron desplazados que estuvieron enfermos, en el último año, reportaron haber solicitado servicios de salud, pero no los recibieron, mientras que, en 2020, fue 7,4 % y 5,1 % de estas mismas poblaciones.

Uno de los aspectos en donde más cambios se pueden percibir, entre 2018 y 2020, es en el lugar donde fueron atendidos quienes solicitaron y recibieron la atención médica. Mientras que para 2018 el 63 % de las personas no desplazadas y el 57 % de la población desplazada reportaron haber sido atendidos en un hospital, clínica o puesto de salud, para el 2020 estos porcentajes aumentaron hasta 73,3 % de la población no desplazada y 75,7 % de la población desplazada. Así mismo, se percibe una disminución significativa en la proporción de personas que buscaron y recibieron atención inicial en una farmacia o boticario. Para 2018, 21 % de la población desplazada y 12 % de la no desplazada reportan como su lugar de atención una farmacia o boticario, mientras que para 2020, esa cifra disminuyó hasta 3,5 % y 4,2 %, respectivamente.

Finalmente, se percibe un leve aumento en la proporción de personas que reportan no recibir o no solicitar atención en salud por considerar su caso como leve entre 2018 y 2020. Para 2018, 9 % de la población desplazada y 21 % de la población no desplazada reportó no ir por considerar su caso como leve, en comparación con el 10,6 % de la población desplazada y el 26,2 % de la población no desplazada en 2020. También se puede resaltar una disminución en la razón relacionada con la mala calidad de los servicios de salud. Mientras en 2018, 16 % de la población víctima y 15 % de la población no víctima reportaron no ir por considerar el servicio de mala calidad. En 2020, estas cifras se redujeron a 9,8 % y 4,9 %, respectivamente.

Si bien se perciben algunos cambios leves entre 2018 y 2020 en la situación de afiliación y acceso al sistema de salud de la población en el Meta, la tendencia de una situación más grave para la población víctima de desplazamiento en el departamento se sigue manteniendo. Políticas públicas en salud que logren cerrar estas brechas o eliminar estas barreras serán favorables para potenciar los efectos positivos que una reducción en la intensidad del conflicto puede traer a los distintos territorios y municipios del Meta.

Ante la coyuntura actual generada por el virus del SARS-CoV-2 (COVID-19), el sistema de salud en Colombia se puede ver enfrentado a nuevos retos y desafíos para garantizar la provisión y acceso adecuado a los servicios de salud a poblaciones en condición de desplazamiento. Dada su especial vulnerabilidad socioeconómica, la dificultad para localizar a estas poblaciones, hacerles un seguimiento adecuado en salud, y los factores de riesgo psicosociales a los cuales se ven enfrentados, esta población puede verse enfrentada a mayores riesgos tanto en el control, manejo, atención y recuperación de condiciones médicas relacionadas con el contagio por la COVID-19. Nuestros resultados muestran cambios en los niveles de atención en salud entre personas desplazadas y no desplazadas cuatro años después de los acuerdos, en el acceso a servicios de atención más especializados, mayor deseo por atender y recibir servicios de salud, entre otros cambios positivos.

Sin embargo, la COVID-19 no solo puede llevar a mayores tasas de mortalidad derivadas del contagio, sino a debilitar la provisión acceso y calidad de los servicios de salud a las poblaciones desplazadas dada la mayor presión al que el sistema de salud colombiano debe enfrentarse en los próximos meses para normalizar el panorama de salud pública del país y los mayores gastos en los cuales debe incurrir para el manejo de la pandemia. Así pues, es importante que los planes de salud municipales y departamentales evolucionen y diseñen medidas que permitan mantener y sostener niveles adecuados de atención en salud, y fortalezcan y mantengan las diversas estrategias dirigidas a garantizar el uso y acceso adecuado de poblaciones en condiciones de desplazamiento a los servicios de salud en el nuevo panorama y contexto social al que se verá enfrentado el país en los próximos años.

Referencias

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*, 1-10.

Conflict Analysis Resource Center (CERAC) (2020). Clasificación intensidad del conflicto. Disponible en: <https://www.cerac.org.co/es/>

Constitución Política de Colombia (CPC) (1991). Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Frenk, J. (2014). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud pública de México*, 27(5), 438-453.

Fundación Paz y Reconciliación (2020). Seguridad en tiempos de pandemia: legados de guerra y crimen organizado en Colombia. Disponible en: <https://pares.com.co/wp-content/uploads/2020/09/Informe-en-tiempos-de-pandemia.pdf>

Graves, B. A. (2012). A model for assessment of potential geographical accessibility: a case for GIS. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 9(1), 46-55.

Gobernación del Meta (2017). Análisis cartográfico del posconflicto en el departamento del Meta. Reintegración y riesgos de violencia en la puerta del sur colombiano. Disponible en: <https://repository.oim.org.co/handle/20.500.11788/1785>

Grupo de Memoria Histórica (2016). Los orígenes, las dinámicas y el crecimiento del conflicto armado. *Informe Basta ya*. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica.

León-Giraldo, S.; Bernal, O.; González-Uribe, C.; Casas, G.; Cuervo-Sánchez, J.; Olmos, A.; García, T.; Moreno-Serra, R. (2020). Acceso a salud y percepción sobre la calidad de la atención médica en el departamento del Meta: una mirada después de los acuerdos con las Farc. Documento de Trabajo No. 76 de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes. Disponible en: <https://gobierno.uniandes.edu.co/es/publicaciones/documentos-de-trabajo/documento-de-trabajo-no-76>

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

PNUD (2016). Meta: análisis de la conflictividad. Área de Paz, desarrollo y reconciliación. Disponible en: https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/00058220_Analisis%20conflictividad%20Meta%20PDE.pdf

Salas-Salazar, L. G. (2016). Conflicto armado y configuración territorial: elementos para la consolidación de la paz en Colombia. *Revista Bitácora Urbano Territorial*, 26(2), 45-57.

Comité editorial

Leopoldo Fergusson, director del CEDE

Darío Maldonado, director de Investigación y Consultoría de la Escuela de Gobierno

Diego Lucumí, profesor de la Escuela de Gobierno

Hernando Zuleta, profesor de la Facultad de Economía

En esta edición

Diego Lucumí, edición

Angélica Cantor, gestión editorial

Camilo Andrés Ayala, diagramación

Recomendaciones de política

- Trabajar en el desarrollo y fortalecimiento de las estrategias de atención y prestación de servicios de salud de forma extramural para facilitar el acceso a estos servicios a personas que residen en zonas históricamente afectadas por el conflicto y que presentan barreras o limitantes para acceso al sistema.
- Trabajar en la generación de confianza entre la población y los distintos actores del sistema de salud, para fortalecer la provisión de servicios de salud en territorios para poblaciones con especial vulnerabilidad.
- Promover espacios de participación y de trabajo con poblaciones en el territorio para incentivar el acceso a los servicios de salud y mejorar el seguimiento médico de estas poblaciones, incluso ante casos leves en salud.
- Diseñar intervenciones para capacitar prestadores de servicios de salud en temas relacionados con la revictimización a la población víctima del conflicto armado.
- Fortalecer el seguimiento, gestión y control de la calidad de los servicios médicos con el fin de mejorar el servicio brindado, incentivar la utilización de los servicios, mejorar la eficiencia y operación, y mejorar la atención diferenciada de poblaciones vulnerables, como poblaciones en condición de desplazamiento.
- Incrementar la inversión en infraestructura en salud en zonas rurales y rurales dispersas, para aumentar el uso, reducir el costo, y mejorar el acceso a los servicios de salud de comunidades dispersas.
- Los Planes Territoriales de Salud deben contar con acciones específicas para atender las necesidades de poblaciones vulnerables incluidos los desplazados por el conflicto armado.
- Las secretarías de Salud deben contar con planes de respuesta a epidemias y otras emergencias que evite la disminución de servicios de atención básica y favorecer la atención primaria en salud con una puerta de entrada cercana a las personas.



Escuela de Gobierno
Alberto Lleras Camargo

Facultad de Economía

CEDE

Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico