

Financiamiento y calidad de los servicios de salud para la población víctima de conflicto armado en Colombia

Financing and quality of health care services for victims of armed conflict in Colombia

Arabely López Pereira¹, Lorena Ramírez Cardona², Martha Cecilia Veloza Morales³, Claudia Patricia Jimenez Forero⁴

RESUMEN

Con la ley 100, ley estatutaria y Plan Nacional de Salud Rural, Colombia desarrolló la implementación, monitoreo, evaluación y cambios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin embargo, después de 23 años éste no refleja la efectividad planeada en atención de todos los colombianos. Si se tiene en cuenta las indicaciones de organismos como el Banco Mundial sobre la cobertura y acceso a servicios en salud,

ABSTRACT

Colombia Throughout the law 100 from 1993 implement a health system, that 23 years after still leaves in interdicts effectiveness against the attention of all the Colombians; taking into account indications of international organizations as the "Banco Mundial" and others, and leaving aside the culture, customs, economy and internal conflict. It can be say that the system is a selfish and unfair mainly on economic premises, that infringes the right of the

Historia del artículo:

Fecha de recepción: 16/03/2017

Fecha de aceptación: 20/04/2017

- 1 Corporación Unificada Nacional de Educación Superior CUN. Magister en Enfermería, Docente de investigaciones CUN.
- 2 Corporación Unificada Nacional de Educación Superior CUN. Doctora en Salud, Magister en Educación, Especialista en actividad física, Docente de investigaciones CUN.
- 3 Corporación Unificada Nacional de Educación Superior CUN. Magister en Enfermería, Magister en desarrollo educativo y social. Docente de investigaciones CUN. Colombiana.
- 4 Corporación Unificada Nacional de Educación Superior CUN. Magister en salud ocupacional y ambiental, Especialista en gerencia en salud ocupacional. Docente de investigaciones CUN.

Autor de correspondencia. Arabely López Pereira. Corporación Unificada Nacional de Educación Superior CUN, Facultad de Ciencias Administrativas. E-Mail: arabely_lopez@cun.edu.co

puede decirse que el sistema tiende a ser inequitativo bajo premisas económicas principalmente; pues son las víctimas de conflicto armado quienes más se ven afectadas por el acceso a servicios de salud, es decir, se carece de atención con enfoque diferencial. Por ello, es necesaria una transformación donde la calidad y financiamiento sean costo-efectivos, y la población víctima del conflicto armado acceda a servicios donde prime la restitución de derechos.

Palabras Clave: Víctimas, sistema de salud, financiamiento, calidad, Colombia Fuente: DeCs, Bireme

Colombian health. They are currently the victims of armed conflict those most affected by the health system, that is to say, there are no differential emphasis on attention that has lived own problems of displacement.

It is necessary a real change of the health system, where the quality and the financing are cost-effective, and the victims of the armed conflict can access to a system where prime restitution of rights, especially health.

Key words: Victims, health care, finance, quality, Colombia

INTRODUCCIÓN

La salud en Colombia es un derecho fundamental, la Constitución Política de Colombia (CPC) en el artículo 44 y 48, menciona la salud y la seguridad social como derechos fundamentales, la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio, el cual está a cargo del Estado y se garantiza a todos los habitantes del país (1). La Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tiene como objeto realizar cambios en la prestación del servicio de salud y brindar óptimas condiciones de acceso a todos los habitantes del territorio. El SGSSS lo integran organismos de Coordinación, Dirección, Vigilancia y Control, Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (2).

No es un secreto que el país pasa por un periodo donde la investigación sobre políticas, implementación, resultados y evaluación de las mismas es discrepante respecto a la información brindada por medios masivos de comunicación, dificultando la participación de expertos en los ejercicios de cambios y procedimientos de las políticas actuales, así pues, se realiza una reflexión sobre “financiamiento y calidad de los servicios de salud para la población víctima de conflicto armado-Colombia”, realizando una búsqueda y consulta en bases de datos: Scielo, Ebsco, Pubmed, Medline; en países: Brasil, España, Colombia, México y Grecia; y artículos en idioma español e inglés, que abordan el tema y normatividad vigente.

Dentro de los artículos seleccionados se encontró que el desplazamiento es un fenómeno que deteriora la calidad de vida y la salud de la población (3-6), creando condiciones de desigualdad al momento de acceder a los servicios de salud

(4); por otro lado, se evidenció que uno de los principales limitantes del acceso a los servicios de salud de la población desplazada es la financiación de servicios (6-8), tema eje de esta reflexión; las conclusiones convergen en que la falta de conocimiento de la normatividad, redes de atención y cobertura, generan vulneración al derecho a la salud.

El Estado colombiano tiene la obligación de brindar no solo seguridad social sino la garantía del acceso y financiamiento del mismo, incluir protocolos claros y concretos de vigilancia y control. Dados los problemas que actualmente tiene el modelo de salud se hace necesario reflexionar sobre una transformación del mismo donde la calidad y financiamiento sean costo-efectivos, y la población víctima del conflicto armado acceda a servicios donde prime la restitución de derechos.

CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA VÍCTIMAS

Un sistema de salud basado en el aseguramiento como es el sistema de salud de Colombia SGSSS, pluralista, tal como lo describen Gutiérrez y Restrepo: “El contenido pluralista radica precisamente en la posibilidad que diferentes agentes y sujetos puedan participar en el sistema sin imponer en ningún momento su papel, y lo estructurado responde a la necesidad de interacción de los actores para que el sistema cumpla los cometidos sobre los cuales está basado” (9) ha sido modificado con cambios normativos de los últimos años (por ejemplo la Ley estatutaria de 2015); asimismo el sistema cuenta con participación pública y privada que dice funcionar bajo los principios de equidad, universalidad, calidad y sostenibilidad.

Determinar un concepto sobre calidad implica mencionar elementos como infraestructura, recursos, producción, organización del sistema, soporte económico, gestión y prestación de servicio (10-12); se involucran estos items como lo mencionan Rommer y Montoya: “el desempeño apropiado de 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” (10,12).

Pero abordar estos elementos es necesario involucrar al paciente, el prestador, el sistema de salud y el ambiente; y a su vez, la eficacia y la adecuación de procedimientos o tratamientos, la disponibilidad, oportunidad, efectividad, seguridad para el paciente, eficiencia y respeto humano.

La prestación de servicios de salud incluye las actividades que aseguran acceder a los beneficios brindados por el sistema (11-14), y se incluye la atención en salud de las víctimas de conflicto armado colombiano. Aunque el sistema resalta la prestación del servicio a todas las personas por igual, se hace necesario conocer la percepción de la víctima frente al tema, y establecer si la prestación de servicios es adecuada o cumple con los mínimos requeridos. Asimismo, es importante que posteriormente se tomen acciones a partir de los resultados de investigaciones y se involucren el desempeño de las instituciones y personas que representan al Estado.

El acceso a los servicios de salud se da, a través de la pertenencia a un régimen subsidiado o contributivo, por medio de planes (Plan de Intervenciones Colectivas PIC, Plan de beneficios y Plan de Salud Territorial PST), sin embargo, a pesar de la existencia del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) que actualmente está respaldado por la ley 1448 de 2011(13), y que es base para los programas de esta población, la atención a las víctimas del conflicto armado no evidencia una atención integral ni diferencial (14-15).

En resumen, el Estado colombiano reglamenta inicialmente en el numeral 1 artículo 153 de la ley 100 (2), la provisión de servicios de calidad con características de equidad e igualdad para toda la población, los que demanda estándares de calidad uniformes, existencia de guías de atención implementados en todas las organizaciones del sector salud, y medidos con indicadores que muestren igualdad de estratos sociales, etnias, sitios geográficos y condiciones sociales.

Además, la obligación estatal de proteger los derechos de la población víctima, incluido su derecho a la salud, fue

reconocida con la aprobación de la Ley 387 de 1997, la Ley 100 de 1993 y Ley de Víctimas (7). A pesar de lo anterior, existen grandes dificultades para hacerla aplicable, convirtiéndose la acción de tutela en el mecanismo utilizado para garantizar el derecho al acceso a los servicios de salud (17). Existen problemas como desinformación sobre rutas de atención, trámites para atención y rigurosidad del sistema para la implementación de las políticas, dificultades en el acceso geográfico, económico y organizacional y suministro de medicamentos (18-21). Por otra parte, se suma al desconocimiento de los protocolos de atención con enfoque diferencial por parte de los trabajadores de salud, la no afiliación a seguridad social, y el inadecuado sistema de financiación con que cuentan las entidades. La falta de voluntad política nacional y local incrementan la vulneración de los derechos de la población víctima del conflicto armado (13-14, 17).

FINANCIAMIENTO Y SERVICIO DE SALUD PARA VÍCTIMAS

El financiamiento del sistema de salud colombiano (SGSSS) tiene por normatividad, el decreto 780 de 2016 “Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, el cual describe dos fondos especiales, ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) antes FOSYGA (15-17). En Colombia, se ha incrementado la vulnerabilidad del derecho a los servicios de salud de la población desde la reforma dada por la Ley 100 de 1993 y promovida por el Consenso de Washington y por el Banco Mundial, élites globales políticas y económicas, luego de 20 años y por la corrupción de quienes administran el dinero (18-20).

El financiamiento del sistema corre por cuenta del Estado, impuestos, regalías y por las personas con capacidad de pago principalmente y con el giro de aportes a las respectivas EAPB, según sea el caso. De ahí que la normatividad indica como principal responsabilidad... “el pago de las obligaciones por parte de las Empresas Sociales del Estado, que se encuentren en riesgo alto o medio, o que, se encuentren intervenidas para administrar o liquidar por la Superintendencia Nacional de Salud y, las que adopten los programas de saneamiento fiscal y financiero con acompañamiento de la Nación” (16). El financiamiento también proviene de los demás recursos de concurrencia de los entes territoriales (rentas cedidas, recursos propios, regalías, entre otros) (18). En todos estos casos se cubre a la población sin diferenciar de si se es o no víctima del conflicto armado.

Con lo descrito, las acciones que sean parte del Plan de Beneficios, se realizarán por medio de los recursos del SGSSS dados por el Estado para cumplir estas actividades, mediadas por las EAPB.

Se puede decir que la población víctima del conflicto armado presenta un financiamiento igual en salud al resto de los colombianos, la ruta de afiliación así lo confirma, donde luego de afiliarse a una EAPB, indica que la persona es parte de un régimen y por lo tanto con los derechos del PBS (Plan de beneficios en salud) (19).

Así entonces, es necesario tener en cuenta que para algunos de los actores del sistema de salud, la rentabilidad es tema primordial, debido a que favorece el sostenimiento, y para el caso de la atención a víctimas no hay excepción, independientemente de quién sea el responsable de este costo, el sistema de salud aparte de ser oportuno y universal debe ser rentable (18-22), por lo cual tener un sistema de costo, con estrategias de financiamiento contundentes y transparentes es primordial. La situación de salud es dinámica y compleja debido a la densidad poblacional, limitaciones de infraestructura y movilidad, las características sociales y culturales, políticas y económicas; para el caso de Colombia, se deben adicionar factores como desplazamiento, aseguramiento, enfermedad y severidad de la misma (23-25).

Finalmente, el financiamiento y mantenimiento de un sistema de salud va más allá de pensar de considerar en el sostenimiento por impuestos y la ayuda de quienes tienen posibilidad de pago, el financiamiento honesto se convierte en el primer eslabón para que un sistema de salud sea viable (26-29). Es necesario, por un lado, partir de las necesidades y expectativas de los colombianos y, por otra, de los recursos con que se cuentan para financiarlo en el que se prevea y se asegure todos los beneficiarios.

CONCLUSIONES

La falta de conocimiento de normatividad, redes de atención y cobertura, generan vulneración al derecho a la salud. Desde los aspectos tratados en torno a la calidad en salud, debe resaltarse que sí bien es un tema de discusión frecuente en el país y constantemente se cuestionan las competencias del Estado, también es necesario estudiar las herramientas y los métodos para desarrollar la calidad en salud como lo han propuesto autores mencionados anteriormente, es decir, como elemento constitutivo del modelo de atención; por lo tanto, se debe clasificar al usuario

no por el simple acto de categorizar, sino para atender las necesidades específicas, especialmente para la población víctima del conflicto interno. De esta manera, y a través de la evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en la atención, se obtendrán mejores resultados e impacto sobre las condiciones de salud y bienestar de la población.

La población víctima del conflicto, no tienen una asistencia a servicios de salud diferenciada del resto de los colombianos; es decir, si bien hay un reconocimiento e identificación de la población, no hay un concreto seguimiento psicológico o psiquiátrico, lo que incrementan la falta de eficacia y calidad de los servicios de salud. Por su parte, las investigaciones no evidencian claramente este aspecto en las víctimas, creando un vacío en este tema de interés para el país.

En el financiamiento de los servicios de salud para la población víctima del conflicto armado, existen dificultades como el desequilibrio entre recursos y necesidades, disponibilidad de fondos provenientes de fuentes de financiamiento del sistema de salud, administradores y organismos de seguimiento y control debido al aumento de la vulnerabilidad del derecho a los servicios de salud, dado por la corrupción, la fuerza política y económica de quienes administran.

CONFLICTOS DE INTERÉS Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Artículo producto de la investigación titulada “Análisis del 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” Corporación Unificada Nacional CUN. Grupo de Investigación GIDECER, línea de investigación: “Administración para la salud, salud pública y otros elementos de la seguridad social”.

REFERENCIAS

1. Consejo Superior de la Judicatura, Sala Administrativa Centro de Documentación Judicial. Constitución política de Colombia, 1991. Disponible en: www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf/8b580886-d987-4668-a7a8-53f026f0f3a2 [Consultado 8-06-2016].

2. República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html [Consultado 8-06-2016]
3. Bohada R. M. Desplazamiento forzado y condiciones de vida de las comunidades de destino: El caso de Pasto, Nariño. *Revista De Economía Institucional*. 2010; 12(23): 259-298.
4. Meertens D. Violencia y desplazamiento forzado en Colombia: miradas sobre lo público, voces desde lo privado. *Revista Europea De Estudios Latinoamericanos Y Del Caribe*. 2000; (69): 89.
5. Andrés Mauricio M. El desplazamiento forzado en Colombia y la intervención del estado. *Revista De Economía Institucional*. 2012; (26): 169.
6. Andrés Felipe M. Conflicto, violencia socioeconómica y desplazamiento forzado en Colombia. *Cuadernos De Economía*. 2013; (61): 721.
7. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009;27(2): 121-130.
8. Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2002;11(5/6):324-334.
9. Gutiérrez Ossa J, Restrepo Avendaño R. El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. *Sociedad y Economía*, 2012; (23): 183-204.
10. Roemer M., Montoya Aguilar C. Evaluación y garantía de la calidad en la Atención Primaria. Organización Mundial de la salud. Ginebra; 1988.
11. Deming W.E. Álvarez H.F. *Salud Ocupacional*. Bogotá D.C. Ecoe Ediciones; 2007. P. 61-96.
12. Delgado Gallego M, Vásquez Navarrete ML y Vanderlei L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev. Salud pública*. 2010; 12 (4): 533-545.
13. República de Colombia. Ley 1448.2011, medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y otras disposiciones. 2011. En: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011.pdf> [Consultado 8-06-2016]
14. Bustillo. J. El derecho a la salud de los desplazados en Colombia 2003. En: <http://www.fmreview.org/sites/fmr/files/FMRdownloads> [Consultado 8-06-2016].
15. Gómez Aristizabal KV. Falencias en la protección del derecho a la salud: una mirada a la población desplazada. *Rev. Justicia* 2013; 23: 176-190.
16. Fundación de Atención al Migrante (FAMIG), consultoría para los Derechos Humanos y el desplazamiento (CODHES), Organización Internacional para las Migraciones (OIM). *Gota a gota: desplazamiento forzado en Bogotá y Soacha*. Bogotá 2007. p. 88-89.
17. Mogollón A, Vázquez M. Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gaceta Sanitaria*. 2006; 20(4): 260-265.
18. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*. 2005; 294: 602-12.
19. Geert V, Haghebaert A., Zaccarelli M. La salud mental y el desplazamiento forzado. *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre*. Washington: OPS; 2006. p. 153-167.
20. Diago-Franco JL. Una revisión histórica sobre el proceso de agendación de la reforma a la Seguridad Social en Colombia, 1993. *Revista Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca*. 2011; 13(1):15-7.
21. Moreno G Germán A, Monsalve B Juan C, Tabima G Diomedes, Escobar M Julia I. Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Públic*. 2009; 27(2):131-141.
22. Mejía B. Auditoría Médica para la garantía de calidad en salud. Bogotá: Ecoe ediciones; 1998.
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2651. 2014, En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-2651-de-2014.pdf>.
24. Ministerio de Salud y protección social. Decreto 780 2016, En: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf
25. Observatorio de Salud. *Financiamiento y Gasto en el Sistema de Salud Colombiano*. 2009.
26. Rubén Darío G, Emmanuel N. Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud?. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*. (2014); (4): 733.
27. Guerrero Ramiro, Gallego Ana Isabel, Becerril-Montekio Victor, Vásquez Johanna. Sistema de salud de Colombia. *Salud pública Méx*. 2011; 53(2):144-155.
28. Ministerio de Salud y Protección social. Programa de atención Psicosocial y salud integral a víctimas-PAPSIVI. 2011.
29. Mejía-Argueta C, Higueta-Salazar C, Hidalgo-Carvajal D. Metodología para la oferta de servicio diferenciado por medio del análisis de costo de servir. *Estudios Gerenciales*. 2015; 117: 441-454.
30. Figueroa Pedraza Dixis, Cavalcanti Costa Gabriela Maria. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enferm. glob*. 2014; 13(33): 267-278.

31. Contraloría General de La república. Economía Colombiana. Inmensamente rico en su miseria. En: http://www.contraloriagen.gov.co/documents/10136/78194284/rec_336_final_web.pdf/51dafd16-4c89-45a5-8a24-a5cb2456ee9e [Consultado Enero 20, 2016]
32. Rodríguez S, Roldán P. Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la Región Caribe. *Economía Del Caribe*. 2008; (2):106.
33. Jaramillo-Mejía M C, Chernichovsky D, Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí. *Estudios Gerenciales*. 2015; 31(134).
34. Riveros-Pérez E, Amado-González L N, Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos?. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2012; 11(23): 111-120.
35. E. Villarreal Ríos, J. González Rocha, A.M. Salinas Martínez, M.E. Garza Elizondo, G. Núñez Rocha y M.G. Uribe Martínez. Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. *Atención Primaria*. 2000; 25 (7): 475-478.
36. Procuraduría General de la Nación. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas. Colombia. En: <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Publicaci%C3%B3n%20-%20Finanzas%20en%20Salud.pdf> [Consultado Abril 22, 2016]
37. Gómez Rodríguez J M, Los jóvenes y la globalización. Un enfoque desde el financiamiento a la seguridad social. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*. 2013; 16: 31-49.
38. Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5/6):324-334.