

Opiniones del Control Prenatal y las Barreras al Acceso para Mujeres Desplazadas, Ciudad Bolívar, Bogotá, Colombia 2011: una Investigación Cualitativa.

Resultado de investigación finalizada

GT 19- Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población

Tarrier L,¹

Mariño Suárez Y,²

Pacheco Sánchez CI.²

¹ Nuffield Centre for International Health and Development, University of Leeds, UK

² Centro de Investigaciones en Sociedad Salud y Cultura (CISSC), Bogotá, Colombia.

Resumen

Más de 3.5 millones personas han sido desplazados en Colombia en consecuencia de la violencia interna. Sufren un deterioro en salud y la calidad de vida significativo. Esta pequeña investigación cualitativa estudia el acceso al control prenatal para las mujeres desplazadas viviendo en Ciudad Bolívar, Bogotá, además trata de identificar barreras potenciales del acceso a la atención prenatal. Se entrevistaron mujeres desplazadas y personal médico de diseño semi-estructurado. Por análisis temático se identificó algunas barreras al acceso a control prenatal para mujeres desplazadas. Algunas más significativas incluyeron: requisito de documentos de identificación; afiliación de sistemas de seguridad social; costos de transporte y medicamentos; distancia geográfica; discriminación y factores culturales. Hay implicaciones para mejorar el acceso a servicios en esta región.

Palabras Claves: Desplazados, Cuidado Prenatal, Barreras.

1. INTRODUCCIÓN

Colombia tiene la segunda población más grande de refugiados internos (personas desplazados) del mundo, con estimaciones tan altas como 4.9 millones. Esta crisis resulta de décadas de conflicto, en cual grupos armados han empleado el desplazamiento como una estrategia deliberada para ganar poder, y control de la tierra y recursos. Se han visto algunas mejoras en años recientes, pero el conflicto sigue en zonas específicas. Bogotá ha recibido más de 441,468 personas en los últimos diez años (Hernández Bello, Rico de Sotelo, 2011). Indígenas y afro-Colombianos están representados ampliamente, al igual que mujeres y niños (52.4%) (Hernández Bello, Rico de Sotelo, 2011). A pesar del desarrollo de legislación progresivo para proteger las victimas del desplazamiento forzado, los desplazados siguen siendo considerablemente, pero en términos de salud, alojamiento, educación, y el acceso a servicios.

El sistema de salud Colombiano, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), fue reformado en 1993 por el *Ley 10*, introduciendo un sistema de salud con el objeto de proveer 'universalidad en la cobertura y atención en los servicios de salud (World Bank, 2007). El sistema consiste de un régimen contributivo para la gente empleada de forma formal y el régimen subsidiado para los desempleados. Se identifican las personas para el régimen subsidiado por un sistema que se llama SISBEN y ellos reciben subsidio por el gobierno y el régimen contributivo (World Bank, 2007).

Debido a la capacidad limitada del régimen subsidiado, una proporción de la población siguen sin seguridad social (*Vinculado*). Son intitulado a atención de emergencia en los servicios públicos a un precio bajo (World Bank, 2007). El sistema de salud opera por empresas que se llaman Entidades Promotoras de Salud (EPS) quienes compiten por los afiliados individuales, mientras el gobierno trabaja al nivel de regulador. (Marie Stops International, 2003) Las EPS contratan los servicios a los

proveedores públicos y privados, llamados Instituciones Prestadores de Servicios (IPS), para acceder a estos servicios los pacientes deben presentar su carta de identificación el ‘*carnet*,’ evidencia de su afiliación con un EPS. Al llegar a una ciudad nueva, aquellos que han sufrido el desplazamiento se acercan a la Unidad de Atención y Orientación (UAO) y piden un certificado de desplazamiento. Si aprovechan, reciben una ‘*carta de desplazamiento*’ (‘*la carta*’) lo que permite el acceso a algunos servicios por un tiempo específico, se incluye algunos servicios de salud. (MSI, 2003) Otras formas de identificación importantes en Colombia incluyen el ‘*registro civil*,’ se dan a todos ciudadanos a nacer. Además la ‘*tarjeta de identidad*’ la que tienen hasta los 18 años, cuando se substituye por el ‘*cedula*.’

Varios estudios previos han analizado las barreras a los servicios de salud para las personas desplazadas en Colombia, y se encuentra que la inequidad prevalece debido a las numerosas barreras de acceso. Pocas han sido las investigaciones en cuanto al tema de barreras de acceso a la atención prenatal para esta población. Este estudio también es único en su enfoque geográfico de Ciudad Bolívar. La gente en esta región sufren significativamente un estado de salud: en 2007 se calculó la razón de mortalidad materna en Ciudad Bolívar siendo 87,0 por 100.000 nacidos vivos, casi el doble que en el resto de Bogotá (45,8) (Bogotá Sede Salud Pública, 2009). Hay evidencia de que a pesar de una buena cobertura general del control prenatal en Colombia 81% asiste al menos a los recomendados internacionalmente (4 visitas con un profesional cualificado), en la realidad el acceso es menor en las mujeres desplazadas (Profamilia, 2006). Una encuesta nacional de 2005 (ENDS) reveló que el 30% de las mujeres desplazadas embarazadas no asistieron a ninguna de las visitas prenatales (Profamilia, 2006). El control prenatal juega un papel vital para prevenir la morbilidad y mortalidad materna e infantil. Por lo tanto, una mejor comprensión de la utilización de las mujeres desplazadas del de esta atención en salud y su acceso es esencial para hacer frente a las barreras existentes y permitir a estas mujeres ejercer su derecho a un embarazo sano y a la maternidad.

El objetivo de este estudio cualitativo, fue investigar el acceso al control prenatal para las mujeres desplazadas, e identificar las posibles barreras de acceso. Para comprender los factores que intervienen en el acceso de las mujeres desplazadas al control prenatal, era necesario explorar las opiniones y experiencias de los participantes, por esta razón, se consideró un método cualitativo (Fischer y Rennie, 1999). Este método también tiene la ventaja de permitir desarrollar lo complejo del desplazamiento, en tanto en Colombia como fenómeno, y el acceso a los servicios de salud. (Stiles, 1993) Un pequeño número de participantes se utilizaron en el estudio por lo que el nivel de detalle era suficiente para permitir entrevistas a profundidad sobre experiencias y opiniones de cada participante, en lugar de reducir la recolección de datos a un estilo método cuantitativo.

Para abordar el objetivo principal del estudio se plantean las siguientes preguntas de investigación:

| |
|---|
| 1) ¿Cómo son los servicios de atención prenatal que se proporcionan actualmente para mujeres desplazadas en Ciudad Bolívar? |
| 2) ¿Cómo las mujeres desplazadas y los profesionales de la salud perciben los servicios de atención prenatal existentes? |
| 3) ¿las mujeres desplazadas y los profesionales de la salud creen que hay barreras de acceso para la atención prenatal? y si es así, ¿Cuáles son? |
| 4) ¿Cómo las mujeres desplazadas y los profesionales de la salud creen que el acceso a servicios de atención prenatal se podría mejorar? |
| 5) ¿Qué recomendaciones se pueden hacer para mejorar el acceso a la atención prenatal para las mujeres desplazadas en Ciudad Bolívar? |

2. METODOLOGÍA

2.1 Muestreo e incorporación

Dos grupos de participantes fueron incorporados para el estudio: las mujeres desplazadas y los profesionales de salud. Los participantes fueron identificados y elegidos en función de criterios predefinidos, con la ayuda de los contactos del Hospital de Vista Hermosa en Ciudad Bolívar, que tenían experiencia de trabajo en la comunidad local. Debido a que la población objeto se sentía sobre estudiada y fue tal la reserva que presentaron para participar en este proyecto de investigación, hubo dificultades para identificar y hacer partícipes a las mujeres desplazadas en este estudio, para lograr su participación se utilizó una técnica de bola de nieve. Ahora bien, las mujeres en situación de desplazamiento participantes fueron: embarazo en el momento de la entrevista o recientemente embarazadas (en los últimos 18 meses), y que habían experimentado el desplazamiento forzado. Adicionalmente, dos mujeres que estaban accediendo a controles prenatales (o que habían accedido a estas atenciones en su último embarazo) y las que no, se trató de explorar las barreras de acceso.

Un método de muestreo intencional se utiliza para asegurar la variación en la profesión, y lugar de trabajo de los profesionales de la salud contratados, y por lo tanto aumentar la validez del estudio. El personal de nivel superior de fuentes públicas (Hospital Vista Hermosa) y los servicios privados de salud (Profamilia), ayudaron a identificar e incorporar a los profesionales de salud de primera línea para la entrevista. Los participantes fueron los profesionales de salud que trabajaron en los servicios en donde: desplazados constituían una gran parte de la base de pacientes, se proporcionaron servicios de atención prenatal, y se prestaron los servicios de salud a las personas que residían en Ciudad Bolívar.

2.2 Consideraciones éticas

La aprobación ética fue impartida por la Universidad de Leeds (Reino Unido) y el Centro de Investigaciones en Salud, Sociedad y Cultura (CISSSC, Colombia). El consentimiento informado se obtuvo de todos los participantes antes de la entrevista.

2.3 Ajustes

El estudio se realizó en Ciudad Bolívar, Bogotá. Ciudad Bolívar es la localidad 19 de Bogotá, tiene la segunda mayor población desplazada del país (BSSP, 2009) Al igual que la mayoría de las poblaciones desplazadas, las personas de etnia afrocolombiana están fuertemente representadas en esta localidad. El terreno es principalmente urbano y montañoso, alcanzando una altitud de 2.400 metros. La población participante en esta experiencia son población vulnerable y con bajos ingresos económicos y problemas de salud que el resto de Bogotá: 82% de la población cae en el estrato socioeconómico 2 (de siete), y como se mencionó anteriormente, la mortalidad materna es considerablemente más alto que el resto de la ciudad (BSSP, 2009).

2.4 Recolección de la información

Los datos fueron recogidos entre junio y julio de 2011. Entrevistas semi-estructuradas individuales se realizaron en base a una guía de temas clave, las entrevistas duraron entre 45 y 90 minutos. Se realizó un grupo focal adicional, como un método de triangulación para aumentar la validez de los datos recogidos. Dos entrevistas piloto se llevaron a cabo en el desarrollo de la guía de entrevista y se añadieron otros temas durante el período de recolección de datos. Las entrevistas de las mujeres desplazadas fueron realizadas en un lugar elegido por ellas (por lo general su casa). Los trabajadores de

salud fueron entrevistados en su lugar de trabajo. Las entrevistas se realizaron en español con un intérprete para garantizar la comprensión y la interpretación exacta y se complementó con notas de campo.

2.5 Análisis de los datos

Las transcripciones y notas de campo de datos complementarios fueron anónimos antes de ser analizados. Una selección aleatoria de los datos se codificó y verificados por otro investigador (para garantizar la transparencia y la fiabilidad, el equipo de análisis examinó su codificación e interpretación de las transcripciones en detalle con el fin de perfeccionar los códigos e identificar temas clave que surgen de los datos). Las transcripciones fueron leídas y los datos se codifican con temas generales identificados. El sistema de codificación utilizado tanto 'códigos a priori', influido por los hallazgos relevantes de la investigación, y los códigos 'conductores' que salen de los datos, adicionalmente, fueron registrados y actualizados. El proceso de análisis involucró la comparación continua de los datos dentro de cada entrevista, y con los resultados de investigaciones previas.

3. RESULTADOS:

Un total de 15 participantes fueron incluidos en el análisis. La información descriptiva sobre los participantes se proporciona a continuación para dar contexto a las conclusiones, esto porque se consideran en el contexto de las preguntas de investigación anteriormente detalladas con temas clave e identificados y divididos en subtemas en cada caso.

3.1 Participantes

3.1.1 Mujeres Desplazadas

Se entrevistaron seis participantes para la investigación, pero se excluyó un participante del análisis porque había estado viviendo en Cali, no Bogotá, durante su embarazo. Las cinco mujeres desplazadas restantes tenían edades de 19 hasta 21 y todos fueron de etnicidad Afro Colombiana, Vivían en Caracolí Ciudad Bolívar por más de nueve años. Todas las participantes venían de la costa pacífica; cuatro de la región Choco y una de Nariño. Ninguna tenía trabajo formal.

Tres mujeres estaban embarazadas al tiempo de la entrevista y las otras dos habían estado embarazadas durante los últimos 18 meses. Se entrevistaron sobre su embarazo, o su embarazo más reciente. Las mujeres embarazadas tenían desde seis a siete meses de gestación. No incluyendo embarazadas más recientes, tres mujeres ya tenían un niño.

| Edad | Etnicidad | Localidad | Región de Origen | Años de desplazamiento | Ocupación | Estado de embarazo | Uso del cuidado prenatal durante el embarazo |
|------|-----------|--------------------------|------------------|------------------------|------------------|---|--|
| 19 | Afro-Col | Caracolí, Ciudad Bolívar | Chocó | 10 años | Sin trabajo | No embarazada, el último embarazo a hace 18 meses | Si |
| 21 | Afro-Col | Caracolí, Ciudad Bolívar | Chocó | 12 años | Sin trabajo | No embarazada, el último embarazo a hace 3 meses | SI |
| 19 | Afro-Col | Caracolí, Ciudad Bolívar | Chocó | 9 años | Sin trabajo | 6 meses | Primera cita el día siguiente |
| 20 | Afro-Col | Caracolí, Ciudad Bolívar | Nariño | 11 años | Sin trabajo | 6 meses | Si |
| 21 | Afro-Col | Caracolí, Ciudad Bolívar | Chocó | 9 años | Trabajo informal | 7 meses | No |

Tabla 1: participantes (mujeres desplazadas)

3.1.2 Personal Médico

Se entrevistaron diez profesionales de la salud, incluyendo: doctores, enfermeras, trabajadores en la comunidad y coordinadores de programas de salud. Seis trabajaban para los servicios públicos de Vista Hermosa y cuatro para los servicios privados de Profamilia.

| Ocupación | Genero | Servicio de salud | Lugar de trabajo |
|--------------------------|--------|-------------------------|-------------------------------|
| Trabajador social | F | Público – Vista Hermosa | Comunidad |
| Trabajador social | F | Público – Vista Hermosa | Centro de Salud y Comunidad |
| Médico | M | Privado - Profamilia | Campañas and centro de salud |
| Enfermera | F | Privado – Profamilia | Campañas and centro de salud |
| Coordinador del programa | F | Privado – Profamilia | Campañas and centro de salud |
| Médico | M | Privado - Profamilia | Campañas and centro de salud |
| Enfermera | F | Público – Vista Hermosa | Centro de salud (CAMI) |
| Enfermera | F | Público – Vista Hermosa | Centro de salud (CAMI) |
| Médico | F | Público – Vista Hermosa | Comunidad (‘Salud a su casa’) |
| Enfermera | M | Público – Vista Hermosa | Comunidad (‘Salud a su casa’) |

Tabla 2: Participantes (personal médico)

3.2 ¿Cómo se provee el cuidado prenatal actualmente a mujeres desplazadas en ciudad Bolívar?

3.2.1 Instituciones

Hay un alcance de unidades del nivel I de salud en Ciudad Bolívar, incluyen tres Centros de Atención Médica Inmediata (CAMIs) y varias unidades más pequeñas que se llaman Unidades Primarias de Atención (UPAs) y Unidades Básicas de Atención (UBAs). La mayoría proveen algunos servicios del cuidado prenatal para los embarazos de bajo riesgo, con los CAMIs proveyendo los servicios más completos. Debido a su nivel básico (primer nivel de salud), estas unidades no proveen servicios por encima de urgencias menores, siendo el Hospital de Meissen quien provee los servicios del segundo nivel en Ciudad Bolívar en el Hospital Meissen. Los servicios del tercer nivel más cercano se proveen en el Hospital Tunal, en la localidad adyacente, Tunjelito (BSSP, 2009).

El personal médico describió varias campañas del cuidado prenatal dirigido por el centro Vista Hermosa (VH), ninguna existe para mujeres desplazadas específicamente. Los servicios que extienden a la comunidad, como *‘salud a su casa’* se organizaron especialmente para llegar a las zonas cercanas más altas y rurales de Ciudad Bolívar, donde mujeres desplazadas forman la mayoría de la población.

Mujeres desplazadas son el foco particular de este programa, con el objeto más importante de promoción de la salud y prevención. Sin embargo, estos servicios tienen un límite.

“Yo creo que solo cubrimos un 10% porque la localidad es muy grande y cada día llegan mas y mas desplazados...y somos muy poquitos medico y enfermeros.” (Personal médico, VH)

Profamilia es una organización privada sin fines de lucro. Especializada en la salud sexual y reproductiva y tienen un gran centro médico en el centro de Bogotá. Además, tienen brigadas a las regiones más marginadas, con un foco de población desplazada. Su brigada más recién, situada en Soacha, una zona que de hecho no es parte de Bogotá pero que se encuentra directamente al lado de Ciudad Bolívar, en convenio con USAID. Visitaban varios barrios en la región, volviendo cada mes a cada barrio. Se terminó la brigada en noviembre 2010 por restricciones económicas. Se identificó que hay varios servicios de EPS ‘Subsidiado’ bastante lejos y así mismo del régimen ‘Contributivo’.

3.3 ¿Cómo perciben los servicios de atención prenatal existentes las mujeres desplazadas y personal médico?

3.3.1 Utilización de atención prenatal por mujeres desplazadas.

De las cinco mujeres desplazadas entrevistadas, tres estaban usando servicios de cuidado prenatal al tiempo o habían usado servicios de atención prenatal en su último embarazo. Las dos restantes no accedían a la atención prenatal, una mujer (de seis meses de embarazo) iba a acceder a servicios al día siguiente. Todas las mujeres actualmente o previamente usando servicios de cuidado prenatal decían que asistían regularmente. Había una variación entres los meses de gestación a la primera cita de atención prenatal entre uno y seis meses. Las razones para acceder tarde incluyeron no saber que estaban embarazada o barreras al acceso.

En general el personal médico decía que una proporción significativa de las mujeres desplazadas no usaban servicios de cuidado prenatal y cuando lo hacían, se accedía a los servicios en su segundo o tercer trimestre.

“No los utilizan, muchas veces nosotros tenemos unas señora desplazada ya de edad en caso de 45 años, que tiene 7 hijo que ninguno de sus 7 hijos ha tenido controles prenatales.” (Personal médico, VH)

Algunas mujeres desplazadas comparten esta opinión, pero todas las mujeres desplazadas entrevistadas habían intentado acceder al cuidado prenatal en algún momento. La diferencia entre este hallazgo y la opinión del personal médico podría ser explicada por las características de la población de mujeres desplazadas en esta investigación. Es posible que mujeres con mas tendencia participar en una entrevista tenían más probabilidad de acceder servicios de salud.

3.3.2 Satisfacción

Cuando se preguntó directamente de sus opiniones acerca del cuidado prenatal, la mayoría de las mujeres desplazadas hablaron positivamente de la calidad de la atención, aun si más tarde hablaban de problemas.

3.3.3 Priorización de cuidado prenatal

Todo el personal médico tenía la opinión que servicios de cuidado prenatal son de una buena calidad. La mayoría pensaba que es porque el cuidado prenatal es una prioridad a nivel del hospital hasta un nivel nacional. Algunos lo atribuyeron a la influencia a los Millennium Development Goals (MDGs). A pesar de esto, algunos del personal médico sugirieron que todavía existe inequidad para las mujeres desplazadas.

“La atención institucionalizada del parto es muy alta, es casi un 90% un 95%, entonces vemos pero muy ocasionalmente los niños que pues han sido producto de unas madres que no han asistido al control prenatal, pero con desplazamiento si lo vemos mas....que las mamás y las adolescentes que estaban embarazadas en el momento del desplazamiento es muy difícil que puedan tener acceso a un control prenatal, adecuado no? Entonces si lo vemos y lógicamente las consecuencias son muy graves porque hemos tenido niños con sífilis congénita, eso no tiene por qué darse y lo hemos visto acá... niños de bajo peso, con frecuencia.” (Personal médico, Profamilia)

3.4 ¿Piensan las mujeres desplazadas que existen barreras a los servicios del cuidado prenatal, y cuáles son las barreras?

A través del análisis de los datos se identificaron nueve temas claves que están asociados con las barreras al acceso al cuidado prenatal para mujeres desplazadas.

3.4.1 Geografía

i) Distancia

La distancia a un centro de salud pública no parecía ser un gran problema para las mujeres desplazadas que participaron en las entrevistas. Para el acceso a segundo o tercer nivel de salud, el terreno montañoso y el límite del transporte público parecía más de un problema.

“Ciudad Bolívar es una loma, son cuatro lomas de hecho...es muy complicado subir y bajarlas...para una mujer embarazada creo que si es más complicado.” (Personal médico, VH)

La necesidad de niveles de salud más altos parecían ser un problema particular para mujeres desplazadas, especialmente teniendo en cuenta que había un consenso general en cuanto muchas mujeres desplazadas se presentan tarde al cuidado prenatal y hay mas posibilidad de embarazo en la adolescencia. Las mujeres desplazadas afiliadas a ‘EPSs’ de régimen subsidiado o contributivo hablaron de problemas de viajes largos y duros.

“Los controles si me los hacían en el Galán...pero pa los exámenes era hasta allá hasta el centro, entonces eso era complicado, me levantaba a las 4 de la mañana, a salir a coger bus, para llegar temprano, porque si uno llegaba tarde no se podía uno inscribir.” (Mujer desplazada, Caracolí)

3.4.2 Costo

i) Los servicios

El costo de los servicios no pareció ser un problema significativo, ninguna mujer desplazada tenía que pagar por acceder a esta atención. El único cargo descrito fue para los medicamentos; algunas mujeres no pudieron cumplir con las recomendaciones de medicamentos por falta de dinero.

ii) Transporte

Muchos informaron que no había necesidad de transporte para llegar a los servicios de salud locales (de primer nivel), pero se necesitó transporte para acceder los servicios de salud de nivel más alto, esto fue un problema, porque no había los recursos económicos. Se informó con frecuencia que el transporte público crea dificultades para las mujeres embarazadas, por estar atestado de gente y su forma de conducir rápido.

3.4.3 Procesos burocráticos

i) ‘La Carta’

La barrera al acceso de servicios más frecuente expresado por las mujeres desplazadas y el personal médico fue el requisito de documentos de identidad, especialmente la ‘carta’ de identificación de desplazamiento. Las mujeres desplazadas informaron con frecuencia de la negación de asistencia por falta de documentos. Muchos participantes describieron el proceso para obtener la ‘carta’ como muy lento y complicado, implicando visitas a oficinas varias en localidades diferentes.

“Es que yo en ese tiempo ósea no tenía papeles entonces no podía asistir (en Visa Hermosa), por registro civil no me atendían, entonces me tocó esperar como a los 7 meses para ir allá. Hasta que me arreglaran el registro civil para poder sacar la contraseña. Entonces fui ahí (a Profamilia en el centro de Bogotá)...solamente con el registro y fui allá y ahí me atendieron.”(Mujer desplazada, Caracolí)

“Si una persona no trae equis documentos o no está en el sistema no puede ser atendida hay que darle la direccionalidad a la persona para ser atendida en otro lado.” (Personal médico, VH)

ii) Hacer citas

Las mujeres describieron la necesidad de ir con antelación para solicitar la cita. En algunos centros parecía existir un servicio de teléfono, pero cuando hacían uso de este tuvieron problemas.

iii) Horas de esperar

Algunas mujeres informaron de un tiempo de espera corto para las citas, otras informaron de la necesidad de llegar temprano y esperar muchas horas para conseguir una cita, especialmente en las EPSs privadas.

“Llegué al hospital y espere, espere, y espere, como a las 2 me fueron atendiendo.” (Habalandando del EPS Contributivo). (Mujer desplazada, Caracolí)

3.4.4 Afiliación de Seguridad Social

i) Afiliación

Algunas mujeres hablaron de ser negada la atención, o conocer a mujeres que se les negó la atención, por no tener el ‘carnet’ (no tener afiliación).

“Yo fui (a urgencias)... cuando estaba con el doctor, me preguntó que si yo estaba haciendo controles y le dije que no qué, que porque con la carta me habían dicho que no atendía (en el servicio local), y él me dijo que era mentira.” (Mujer desplazada, Caracol)

Al tiempo de estar embarazada todas las mujeres, con la excepción de una, habían accedido atención prenatal usando la ‘carta’. Esta única mujer estaba afiliada a una EPS Contributiva por el trabajo de su marido. Al tiempo de la entrevista otras mujeres (ya no embarazadas) tenían afiliación al régimen subsidiado. Según las mujeres, parecía que más problemas fueron asociados con tener régimen subsidiado.

A pesar de algunas diferencias en el acceso, había un consenso acerca de la calidad de atención prenatal, ya que no existía diferencia en si usaron la ‘carta’ o el ‘carnet’.

ii) Duplicación de afiliación

Un problema muy claro planteado por el personal médico, fue la cuestión de mujeres desplazadas que ya tenían afiliación de seguridad social en su región de origen. En estos casos existieron los procesos de arreglarlos y traducir la afiliación a una empresa de seguridad en la región de desplazamiento, pero era largo y complicado, retrasando su acceso a control prenatal.

“Cuando llegan aquí se pierde la continuidad que llevaban allá y se pierden también aquí porque mientras hacen el trámite. Otra vez la afiliación, del traslado de la EPS o del seguro, se pierde uno o dos meses muy probablemente todo queda ahí. Ya prácticamente vienen y en el momento de la tramitología, como es un proceso tan demorado, probablemente ya tenga el bebe, ya es para el momento del parto.” (Personal médico de HV)

3.4.5 Cultura

Algunas mujeres no usaban atención prenatal porque no tenían el tiempo, pero todavía estaban seguras de que sus embarazos estarían bien. La mayoría del personal médico estaba de acuerdo, que hay un pensamiento entre las mujeres desplazadas que no necesitan atención prenatal porque no han tenido problemas en sus embarazos, adicionalmente, si no encuentran problemas en su primer embarazo entonces sus embarazos seguidos siguen iguales y no es necesario acceder al control prenatal. El personal médico y las mujeres desplazadas dijeron que las mujeres desplazadas de regiones rurales no usan control prenatal porque no es la tradición de su familia, son las madres y abuelas, y a veces parteras tradicionales, que cuidan las embarazadas.

3.4.6 Conocimiento

Algún personal médico informó de una falta de conocimiento general entre las mujeres desplazadas de como acceden los servicios de control prenatal, por ejemplo los documentos requisitos. El estado de desplazamiento también parece significativo, las mujeres más recién llegadas no saben cómo llegar a los servicios o como usar el transporte.

3.4.7 Discriminación

i) Estado de desplazamiento

Ninguna de las mujeres informó de experiencias de discriminación por su estado de desplazamiento. Solo una minoridad de personal médico estaba muy en desacuerdo.

“Las personas desplazadas quedan discriminadas en todo...los desplazados vienen con un estigma...de qué fue lo que hicieron, que son guerrilleros, o son poblaciones paramilitares, de que van hacer acá, entonces si la discriminación es muy grande.” (Personal médico, Profamilia)

ii) Etnicidad

La discriminación contra las mujeres por su etnicidad, en particular para los afro-colombianos, si existían, si lo informaron las mujeres participantes de casos muy cercanos a ellas.

“A veces al pasar digamos que llega una mujer blanca al hospital y llega una negra...la negra llega con más urgencia, primero atienden a la blanco.” (Mujer desplazada, Caracolí)

Solo seis de los diez profesionales médicos negaron la existencia de racismo. En general los que informaron de racismo entre los servicios de control prenatal fueron de etnicidad afro-colombiana.

3.4.8 Institucional

i) Ley 100

El personal médico a menudo se atribuye los problemas con el control prenatal con defectos en el sistema de salud entero. Ley 100, se refiere a las reformas de 1993 que transformaron el sistema de Salud Colombiana a un sistema de seguridad social, fue muy impopular. Se critica por la fragmentación de los servicios y los procesos burocráticos extensos.

3.5 ¿Qué recomendaciones se pueden hacer para mejorar el acceso a la atención prenatal para las mujeres desplazadas en Ciudad Bolívar?

Algunas sugerencias para mejorar el acceso a control prenatal incluyeron la disminución de barreras fiscales: mejorando las calles o creando servicios de transporte gratuito especial para las mujeres que necesitan un servicio de salud más alto.

Adicionalmente, disminuyendo los procesos de administración que envuelven la documentación, fue una sugerencia muy popular. La idea que las mujeres desplazadas deben tener acceso a cualquier servicio de control prenatal independientemente de poseer una ‘carta’ o un ‘carnet’ se defendieron.

El personal médico sugirió mejorar el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la situación de desplazamiento, y los derechos de esta población.

Otro tema fue mejorar la coordinación y organización entre los sectores públicos y privados que participan en proveer servicios para personas desplazados, como los UAOs.

Sugerencias más ambiciosas incluyeron cambios legislativos, insistiendo que no se puede hacer muchos cambios antes de revisar la ley 100.

3.6 Resumen de los hallazgos

- Se provee el control prenatal en Ciudad Bolívar, Bogotá, por una mezcla de servicios públicos y privados.
- Hay opiniones positivas del control prenatal. El control prenatal parece un servicio de prioridad y hay un buen nivel de satisfacción de la calidad del cuidado entre las pacientes.
- Existe inequidad en acceso para mujeres desplazadas y se enfrentan a una serie de barreras al acceso.
- Las mujeres desplazadas tenían problemas en cómo acceder a servicios de salud, porque los servicios parecen complicados y fragmentados. Eso puede actuar como una barrera a los servicios.
- Una barrera muy prominente al acceso fue el requisito de documentos de identidad y el proceso largo de obtener estos documentos.
- El acceso a servicios públicos no se ve obstaculizado por distancia o costo. Aun parecía más fácil en este caso acceder a servicios públicos que los privados.
- Para servicios de control prenatal de un nivel más alto tienen barreras de distancia y transporte.
- Parecía que existe algo de discriminación a ciertos grupos étnicos y el personal médico no está muy consciente de esto.

4. DISCUSSION

Aunque hay poca literatura sobre la utilización de control prenatal por mujeres desplazadas, hay bastante evidencia que existe inequidad para los desplazados en servicios de salud generales. Se consideraran los hallazgos de esta investigación en relación de esta evidencia. Se tendrán en cuenta las limitaciones de esta investigación cuando se considera las implicaciones de los hallazgos y las recomendaciones para mejorar el acceso a cuidado prenatal para mujeres desplazadas en Ciudad Bolívar, Bogotá.

4.1 Comparación a evidencia existente

El personal médico concuerda con las estadísticas acerca del acceso al control prenatal, mostrando que mujeres desplazadas usan control prenatal menos que la población general. Es posible explicar el hecho de que todas las mujeres desplazadas de esta investigación habían accedido al control prenatal a un punto de su embarazo porque el tipo de mujer participante de una investigación es más probable que acceda a servicios de salud también. La mayoría de las barreras encontradas en esta investigación son similares las encontradas en la literatura como las barreras para personas desplazados accediendo a servicios de salud generales, incluyen: costos de transporte y medicaciones (Mogollon-Perez y Vazquez, 2003) (Human Rights Watch, 2005) (Rodríguez, Moreno, Burgos y Ramírez, 2006); menos están afiliados con seguridad social (Profamilia, 2006) (Mogollon-Perez y Vazquez, 2003); los procesos burocráticos de documentos de identificación (Mogollon-Perez Navarette y Gil, 2003) (Mogollon-Perez y Vazquez, 2003) (Rodríguez 2006) y discriminación (Mogollon-Perez et al, 2003) (Alzate 2008). Del mismo modo, las barreras parecían más grandes durante los estados de desplazamiento más

temprano (Mogollon-Perez y Vazquez, 2003). En contrasta a la literatura existente, se encontró que el acceso a la atención de emergencia tiene menos barreras.

4.2 Limitaciones

La investigación tenía ciertas limitaciones, restricciones del tiempo y recursos. El método cualitativo es criticado por ser demasiado subjetivo, y falta de rigor científico y generalización (Mays y Pope, 1995). Asegurando que la calidad de la investigación fue de gran importancia todos los estados de la investigación (Mays y Pope, 1995). Para mejorar la credibilidad, se mantuvieron registros detallados de las entrevistas y el proceso se mantuvo transparente. Aunque no se puede hacer generalizaciones por la naturaleza de la investigación cualitativa y los pocos participantes, es posible comparar los hallazgos de esta investigación con los conocimientos actuales, la literatura existente y considerar la contribución (Elliot et al, 1999). Se hizo una relectura de las transcripciones para evitar el sesgo de los investigadores y garantizar que los temas se basaran en los datos. (Stiles, 1999) La escasez de investigaciones previas mirando las barreras de acceso significa específicamente que los hallazgos pueden servir al menos con el propósito de poner en la mesa un tema importante. El enfoque geográfico del estudio es estrecho (Ciudad Bolívar), también hace que los resultados sean más útiles para los servicios de salud que trabajan en esa zona. Además, se tomaron medidas para reducir el impacto de estas limitaciones, haciendo del estudio de los servicios de salud en el lugar de las personas desplazadas fueran base para el entendimiento del contexto. Trabajar con un equipo de investigación local con amplia experiencia también mejoró la calidad del estudio. Por último, las participantes eran de la etnia afrocolombiana, por lo que no se exploraron las opiniones de las mujeres de otros grupos étnicos.

5.3 Recomendaciones

Mientras que se reconoce las limitaciones de la investigación, hay algunas implicaciones importantes para hacer recomendaciones para mejorar el acceso a servicios de control prenatal para mujeres desplazadas. Una implicación clave de los hallazgos fue que barreras al acceso están retrasando a las mujeres desplazadas en acceder cuidado prenatal. Este pone a las mujeres y sus bebés en riesgo de complicaciones durante el embarazo. Adicionalmente, este retraso crea una carga para los servicios de salud, aumenta el número de mujeres que necesitan un nivel de atención de salud más alto. A continuación se presentan algunas recomendaciones para disminuir las barreras al acceso al cuidado prenatal para mujeres desplazadas en Ciudad Bolívar:

Principalmente, los hallazgos sugieren que los procesos de administración sobre la '*carta*' son barreras significativas para el cuidado prenatal. Esta investigación sugiere una solución para reformar los procesos administrativos actuales. Sin embargo, unidades de salud, como Vista Hermosa CAMI, donde la mayoría de mujeres desplazadas van para controles prenatales podrían adoptar una práctica parecida a la de Profamilia donde eliminan el requisito para las mujeres desplazadas poseer la '*carta*' para conseguir una cita. Significara que las mujeres desplazadas pudieran acceder si tienen los documentos correctos o no los tienen.

Costos de transporte a servicios de salud de nivel segundo y tercero fue un problema. Costos bajos de transporte o libre ayudaría al acceso.

Durante los estados de desplazamiento tempranos, las barreras al acceso del cuidado prenatal son más prevalentes. Mejorar la coordinación entre unidades de salud y otras unidades para mujeres desplazadas para identificar mujeres desplazadas, podría ayudar con la identificación más temprana de mujeres que necesitan cuidado prenatal, durante los estados de embarazo es más clave. Sería posible que personal médico visité los servicios para desplazados para identificar mujeres embarazadas y dirigir las a servicios de control prenatal.

Los hallazgos sugieren una variación de la cultura, actitudes y creencias hacia el embarazo y cuidado prenatal entre mujeres desplazadas. Sin embargo, el tamaño de la investigación era pequeño y de etnicidades no muy variadas. Deuda lugar para una investigación sobre las actitudes culturales hacia la mujer embarazada y el cuidado prenatal de mujeres desplazadas. Una mejor comprensión podría ayudar a desarrollar estrategias para mujeres desplazadas y mejorar su acceso al cuidado prenatal.

6. CONCLUSIÓN

Aunque la atención prenatal es vista como una prioridad por los servicios de salud, todavía existen una serie de barreras al acceso que impiden que las mujeres desplazadas reciban una atención prenatal oportuna. La eliminación de los requisitos de documentación en el ámbito local, la reducción de los costos de transporte, mejorar niveles más altos de atención, mejorar la coordinación entre los servicios de salud y otras instituciones con el fin de identificar a las mujeres embarazadas de manera temprana, podría ayudar a mejorar el acceso de esta población. También hay margen para una investigación posterior sobre las actitudes culturales hacia el embarazo y el acceso a la atención prenatal para esta población, para ayudar a la educación directa y estrategias de información en el futuro.

Bibliografía

Alzate M. (2008) .The sexual and reproductive rights of internally displaced women: the embodiment of Colombia's crisis. *Disasters*, 32(1), 131-148.

Elliott, Fischer. Rennie.(1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related British Journal of Clinical Psychology . 38, 215-22.9

Hernández Bello A, Rico de Sotelo C. (2011). Protección Social en Salud en América Latina y el Caribe. (1st. Ed.). Ottawa, Ca: CIID.

Human Rights Watch. (2005). Colombia: Displaced and Discarded: The Plight of Internally. Displaced Persons in Bogotá and Cartagena. Recuperado el 20 de diciembre 2010 del sitio de Web de *Human Rights Watch*: <http://www.hrw.org/en/node/11574/section/1>

Marie Stopes . (2003). International Women's Commission for Refugee Women and Children On behalf of the Reproductive Health for Refugees Consortium: Displaced and Desperate: Assessment of Reproductive Health for Colombia's Internally Displaced Persons. Recuperado el 20 de diciembre 2010, del sitio Web de *Marie Stopes International*: http://www.rhrc.org/resources/co_rh.pdf

Mays N, C.(1999) Papa investigación eds .Qualitative en care. London salud: BMJ.

Mogollon-Perez, Navarrete L, Gil M. (2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 257-266.

Mogollon-Perez A, Vazquez M. (2006). Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gaceta Sanitaria*, 20(4), 260-265.

Profamilia-Colombia. (2005). Salud Sexual y reproductiva en Zonas Marginadas: Situación de las Mujeres Desplazadas 2005. Recuperado el 12 de enero 2011, del sitio Web de *Profamilia*: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/04desplazadas/01capitulos.htm>

Rodríguez M, Moreno S, Burgos L y Ramírez N. (2006). Utilización de servicios médicos por una población desplazada en Bucaramanga, Colombia. *Journal of Public Health*, 8(3), 197-206.

The World Bank. (2007). Reaching the poor with health services Colombia. Recuperado el 16 de diciembre de 2010, del sitio Web de *The World Bank*: <http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Reaching-the-Poor/RPPBriefsColombiaREV.pdf>