



Artículo de investigación

Albergues temporales como apoyo a la accesibilidad al tercer nivel de atención para poblaciones rurales dispersas: experiencias de pacientes y acompañantes

Temporary shelters to support accessibility to tertiary health care services for rural dispersed populations: patients and companions experiences

María Inés Sarmiento MD^a
Camilo Alberto Caicedo MD^b
Jhon Alexander Calderón^c
Adriana Mercedes Ardila MD^d
Diana Patricia Rivera MD^a
María Alejandra Martínez^e

^a MSc. División de Investigaciones. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^b Esp. en Gestión de la Salud Pública, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Investigador Independiente, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá DC, Colombia.

^c Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá DC, Colombia.

^d MSc. PhD. División de Investigaciones. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^e Psicóloga. Esp. en Gestión de la Salud Pública, Investigadora Independiente, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá DC, Colombia.

RESUMEN

Introducción: los servicios de salud en zonas rurales dispersas se han focalizado en la atención primaria. Para lograr integralidad es necesario brindar accesibilidad a los servicios de tercer nivel, lo que representa un reto para los sistemas de salud por los costos y la disponibilidad de profesionales. Varios países desplazan especialistas y equipos a las zonas rurales; en Colombia son los pacientes quienes se trasladan a los centros especializados y las aseguradoras en salud administran dineros provenientes del estado para cubrir los costos. Para ello se requiere el apoyo de albergues temporales que brinden alojamiento y alimentación a pacientes y familiares de bajos recursos. **Métodos:** estudio cualitativo de caso con enfoque fenomenológico para conocer la experiencia de los usuarios de dos albergues que atienden pacientes y acompañantes provenientes de una zona distante 700 km de Bogotá. **Resultados:** los servicios de los albergues son bien percibidos por los usuarios, aunque se

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Fecha recibido: marzo 18 de 2021

Fecha aceptado: septiembre 30 de 2021

Autor para correspondencia.

Dra. María Inés Sarmiento
misarmiento@fucsalud.edu.co

DOI

10.31260/RepertMedCir.01217372.1152

destacan aspectos locativos por mejorar. El servicio se focaliza en hospedaje, transporte y alimentación quedando un vacío en otras necesidades como ocupación del tiempo libre, apoyo emocional y social. La demora en la atención en salud es la principal causa de inconformidad pues afecta la cotidianidad de las familias por el desplazamiento y la incomunicación. *Conclusiones:* la atención especializada trasladando pacientes de las zonas dispersas a los centros urbanos representa una experiencia innovadora que debe ser evaluada desde el punto de vista económico y emocional para analizar su relación costo beneficio y su sostenibilidad.

Palabras clave: accesibilidad a los servicios de salud, atención al paciente, atención integral de salud, servicios de salud rural.

© 2022 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ABSTRACT

Introduction: health services in disperse rural areas have focused on primary care. In order to achieve comprehensive services, access to tertiary health care services needs to be provided. This represents a challenge for health systems in terms of costs and availability of healthcare professionals. In several countries, specialists and equipment are moved to rural areas; while in Colombia it is the patient who travels to the specialized centers. Health insurers administer money from the state to cover the expenses. This requires temporary shelters providing accommodation and food to low-income patients and their families. *Methods:* a phenomenological qualitative case study approach to learn about users experiences in two lodges serving patients and their companions who come from an area 700 km away from Bogota. *Results:* shelters' services are well qualified by users, although facilities need to be improved in some aspects. Services are centered on accommodation, transportation and food leaving a gap in other needs such as free time and leisure activities and emotional and social support. Delay in health care provision is the main cause of dissatisfaction for it affects family everyday life due to displacement and lack of communication. *Conclusions:* specialized assistance by transferring patients from dispersed areas to urban centers represents an innovative experience which should be evaluated from the economic and emotional perspective to enable a cost-benefit and sustainability analysis.

Key words: accessibility to health care services, patient care, comprehensive health care, rural health care services.

© 2022 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.
This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La atención en salud en comunidades rurales y dispersas plantea un reto para los gobiernos y los sistemas de salud en el mundo. Es un hecho común en muchos países que la mayoría del recurso humano en salud opta por establecerse y trabajar en las grandes ciudades^{1,2} lo cual se convierte en una de las principales barreras para lograr atención en salud segura y eficiente para millones de personas que son las más vulnerables y viven en peores situaciones de salud.^{3,4} Sumado a ello, la escasez del recurso humano, las barreras geográficas, la distancia, la poca dotación de los centros de atención, el costo y la falta de medios de transporte, así como las barreras culturales, características de los pueblos campesinos e indígenas, exigen el diseño de estrategias complejas, que acerquen los servicios de salud a poblaciones que han optado por mantener estilos de vida diferentes y que no han migrado a los grandes centros urbanos. La oferta de servicios en estos lugares se ha basado desde hace muchos años en programas de

atención primaria que enfatizan la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención a problemas de baja complejidad con personal de salud que tiene poca capacidad resolutoria^{5,6} mientras que la atención profesional especializada muy poco se contempla en los programas para estas comunidades.⁷ La literatura publicada al respecto es escasa. Investigadores del grupo Cochrane⁸ encontraron en 2003 cerca de 27 experiencias de ampliación de cobertura de especialistas en zonas rurales en algunos países que han tratado de atender la necesidad de servicios especializados teniendo en cuenta el principio de equidad de la oferta y acceso a la atención para todos los ciudadanos. En todas eran los especialistas quienes se desplazaban desde las ciudades a las regiones distantes para realizar las consultas transportando sofisticados y complejos equipos para realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Los investigadores concluyeron que con estas estrategias se logran resultados positivos en cuanto a la resolución de

problemas de salud a nivel individual y se disminuyen las referencias a los centros especializados; sin embargo, llaman la atención sobre la necesidad de analizar los costos en relación con los beneficios debido a que se requieren inversiones importantes en equipos ya sea en los hospitales locales del primer nivel o en aparatos portátiles. Flottorp⁹ realizó otra revisión sistemática en el año 2009 en la que incluyó 9 estudios y encontró limitaciones de calidad, muy pocas publicaciones y ningún trabajo realizado en países de medianos o bajos ingresos. En años recientes se encuentran publicaciones de experiencias aisladas.¹⁰⁻¹² En la última década, aparece la telemedicina como una alternativa para la atención rural en algunas especialidades.¹³ Sullivan y col.¹⁴ afirman que en Australia los altos costos de desplazamiento impiden al personal de salud prestar sus servicios en zonas distantes y describen una experiencia para incentivar la atención especializada en zonas rurales alejadas a partir de subsidios a los especialistas para subsanar estos gastos, con resultados exitosos.

El asunto del acceso a especialistas ha sido afrontado con éxito en Noruega. Johansson y col.¹⁵ dan cuenta de cuáles han sido las dificultades y las estrategias que ha diseñado su gobierno para superarlas teniendo en cuenta las necesidades de la población y el uso racional de los especialistas disponibles. Consistió en la elaboración de guías o protocolos en los que se detalla un listado de eventos de salud autorizados para ser remitidos a especialistas por parte de los médicos generales, que tienen en cuenta el tipo de patología, la severidad, la expectativa de beneficio con la atención especializada y el costo/beneficio de la remisión. Este programa que existe desde 1999, ha sido revisado en forma periódica por grupos de expertos y ajustado a las necesidades de los pacientes para lograr el respeto a los derechos en salud, mientras se alcanza la utilización racional de los recursos humanos y tecnológicos especializados. Los autores reportan que se han reducido notoriamente los tiempos de espera y los usuarios se encuentran satisfechos.

En Colombia la atención por medicina general y especializada está cubierta en todo el país por el sistema general de aseguramiento en salud y se deja a criterio del médico general la decisión de remisión a especialistas. Sin embargo, el tiempo de espera es muy largo tanto en zonas urbanas como rurales y las quejas de los usuarios sobre la dificultad de obtener atención especializada son crecientes.¹⁶⁻¹⁸ En este país, como en la mayoría, los especialistas y las instituciones de mediana o alta complejidad están ubicados en los centros urbanos. Hasta el año 2013, cuando un paciente de escasos recursos de una población pequeña, una zona rural o dispersa era remitido para atención especializada o requería de una intervención en un centro especializado, debía costear personalmente los gastos de transporte y alojamiento el tiempo que fuera necesario. Esto constituía una enorme barrera a posibilidad de ser atendido de manera integral, oportuna y eficiente, y contribuía a aumentar las inequidades en salud y el empobrecimiento de las familias.

Sin embargo, los usuarios del sistema, amparados en que la constitución colombiana posiciona el derecho a la salud como un derecho fundamental, ejecutaron una serie de litigios para que los jueces defendieran su derecho a tener servicios integrales de salud (sentencias T-350/03, T-962/05, T-814/06 de la Corte Constitucional de Colombia). Como resultado, los jueces declararon a favor de eliminar los obstáculos que impiden garantizarlo. En consecuencia, el Ministerio de Salud y Protección Social ordenó a las aseguradoras que, si no disponen del recurso humano o tecnológico para la atención de un paciente en su lugar de domicilio, deben trasladarlo a los centros especializados y cubrir los gastos que se deriven de ello. Si los pacientes o sus familiares no tienen los recursos necesarios para hospedarse en la ciudad durante el tiempo necesario, las aseguradoras deben cubrir los gastos de alojamiento para ellos y un acompañante.¹⁹ Esta reglamentación llevó a la creación de albergues y hogares de paso en diferentes ciudades del país para atender a los pacientes y familiares de bajos recursos que son remitidos a las grandes ciudades.^{20,25}

El trabajo que se presenta busca describir la experiencia de personas que han utilizado los servicios de dos hogares de paso en Bogotá en 2017, en el marco de un modelo de salud que se viene implementando desde 2016 para la atención de comunidades dispersas en el departamento del Guainía, ubicado a 700 km de la capital del país, en una zona selvática de Colombia cuya población es en su mayoría indígena. Este modelo de salud debe registrarse por la reglamentación vigente referente a la prestación de servicios y ha utilizado la infraestructura ya existente de los hogares de paso que apoya la atención de los pacientes remitidos hacia los centros urbanos donde tienen contratado el servicio de especialistas. La empresa aseguradora que en la actualidad se encarga de la atención en salud en el departamento del Guainía debe trasladar los pacientes mediante transporte fluvial desde las comunidades en las riberas de los ríos hasta la capital del departamento y de allí en avión hacia los lugares de remisión, puesto que desde allí no existe transporte terrestre. Además, se ha comprometido con una prestación de servicios que respete las diferencias étnicas y culturales, lo que hace aún más complejo el reto de la atención especializada en estas zonas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico debido a que la investigación busca la descripción de los significados vividos resaltando la experiencia subjetiva, concentrándose en la perspectiva de quien vive el fenómeno y reconociendo su marco referencial.²³ Para la recolección de información se utilizaron técnicas como la observación no participante y entrevistas semiestructuradas. El muestreo fue por conveniencia e incluyó a los pacientes o familiares que se encontraron en los dos albergues con pacientes provenientes de Guainía y

aceptaron participar, se complementó con entrevistas a dos personas de la administración, se hicieron cuatro visitas en momentos diferentes entre julio y septiembre de 2017.

Las entrevistas fueron realizadas con autorización de los administradores y con el consentimiento informado de los participantes. Quienes no hablaban español podían responder mediante el apoyo de un traductor. El personal administrativo no estuvo presente durante las entrevistas. Los entrevistadores no tenían una relación previa con ninguno de los entrevistados.

Se invitaron 24 personas de las cuales se entrevistaron 22; una fue realizada con un traductor, cinco no aceptaron por falta de tiempo o porque no estaban interesados; entre estas hubo tres mujeres indígenas. Una se rechazó porque el paciente no provenía de Guainía. La información se obtuvo de manera anónima, fue grabada en medio digital, previa autorización, transcrita y procesada usando codificación libre. Se indagó sobre datos sociodemográficos y una pregunta abierta sobre la experiencia vivida desde su salida de su lugar de origen y en particular en el albergue.

A partir de las narrativas se establecieron las siguientes categorías de manera inductiva: proceso de referencia, adaptación al cambio, aspectos laborales, clima, alimentación y manejo de la ciudad, condiciones locativas, convivencia, aspectos emocionales y acceso a los servicios de salud. La información proveniente de los pacientes y familiares se trianguló con la del personal administrativo y con las anotaciones de campo. Se complementó con datos estadísticos suministrados por los directores.

APROBACIÓN ÉTICA

El comité de ética en investigación en seres humanos del Hospital de San José aprobó el proyecto según el acta 8 del 11 de mayo de 2016.

RESULTADOS

Activación del servicio de atención especializada

El proceso se activa en el momento en que el médico tratante sea general o especialista hace la remisión. Si no hay un médico, puede ser referido por el auxiliar de enfermería que está en la comunidad. La empresa aseguradora de salud inicia los trámites para conseguir el transporte y la cita en la institución que atenderá al paciente. Luego autoriza el desplazamiento con un acompañante en lancha hasta Inírida y luego en avión a la ciudad de recepción que puede ser Bogotá o una ciudad intermedia; en forma simultánea coordina con el hogar de paso para el acompañamiento y recepción.

Infraestructura de los albergues

Los albergues funcionan en casas antiguas adaptadas, ubicadas en barrios cercanos al centro de la ciudad. Tienen

varias habitaciones múltiples con literas, separadas para cada género, baños, zona de comedor y de lavandería. Se prestan los servicios de alojamiento, alimentación, cuidados básicos de enfermería y transporte al aeropuerto y a los hospitales de pacientes y acompañantes. Cuentan con un director encargado del área administrativa y de la organización de los servicios, un coordinador para procesos de referencia y contra referencia, facturación y control de la programación de las citas, un enfermero jefe y varias auxiliares con funciones asistenciales y administrativas, así como personal de aseo y de cocina. El servicio de transporte es contratado. Cuando los pacientes están hospitalizados el albergue lleva la alimentación a los acompañantes hasta el hospital. La contratación se hace en forma directa con la aseguradora de salud y el costo por cada persona es de col. \$47.000 diarios (US\$ 16,00 aproximadamente).

En 2017 se atendieron 2.766 personas en estos dos hogares entre pacientes y acompañantes, la mayoría provenientes de Guainía. Los motivos de remisión más frecuentes fueron neoplasias, cirugías programadas en urología, oftalmología y ortopedia, interconsulta con diferentes especialidades como cardiología, gastroenterología, neurología, medicina interna, otorrinolaringología y obstetricia. El tiempo de estancia varió entre 15 días y 8 meses.

Entrevistas con los usuarios

Se realizaron 22 entrevistas semiestructuradas. Los usuarios entrevistados fueron en total 19, de los cuales 9 eran pacientes y 10 acompañantes, 11 mujeres y 8 hombres, entre 18 y 68 años. En relación con la raza, 15 eran mestizos y 4 indígenas provenientes de 3 etnias diferentes. Respecto a la procedencia geográfica, 15 personas procedían de la zona urbana de la capital de Guainía y cuatro de zonas rurales, solo dos eran solteros, el resto vivía con su cónyuge e hijos. Respecto a la actividad laboral, todos excepto uno, tenían ocupaciones en el sector formal, informal o en el hogar.

Narrativas por categorías

Adaptación al cambio: el asunto que más afecta a los familiares y pacientes está relacionado con la preocupación de haber dejado sus seres queridos y las actividades en su lugar de vivienda mientras se resuelve la situación de salud que motivó la referencia. Esto hace que haya una gran inconformidad con los tiempos prolongados de atención, los trámites, el requerimiento de nuevos exámenes o los tiempos propios de la evolución de las enfermedades. Estas demoras son percibidas como aspectos negativos o barreras para que vuelvan a utilizar los servicios en un futuro. Por estos motivos relatan que ellos mismos u otros conocidos, han solicitado que los devuelvan a sus lugares de origen sin haber resuelto su situación de salud. Consideran que se deben agilizar todos los procesos antes del traslado y que las citas deben ser asignadas dándoles prioridad puesto que necesitan retornar pronto a sus lugares de vivienda y a sus ocupaciones cotidianas.

Aspectos laborales: el problema de la interrupción laboral es otra causa de estrés. Los que trabajan asalariados temen perder sus empleos debido a la larga estancia en Bogotá y los que trabajan independientes no pueden tener ingresos o llevar la comida a sus familias. Las personas desempleadas también se preocupan ya que no pueden buscar trabajo en su región, pierden oportunidades o dejan de recibir ingresos por los empleos informales. Todos tienen compromisos económicos en sus lugares de vivienda como alquiler, pago de servicios públicos, alimentación de sus familiares, además los padres de familia han tenido que dejar sus hijos a cargo de algún familiar o vecino y en algunos casos solos, lo cual es motivo permanente de preocupación.

La desocupación les genera también estrés, manifiestan que los días se perciben muy largos porque no tienen en qué ocupar el tiempo, manifiestan que quisieran poder realizar algunas actividades que les permitieran aprender algo productivo o entretenerse con calidad mientras deban permanecer en Bogotá como bibliotecas, televisión educativa, talleres de manualidades, trabajo en huertas caseras, ping-pong y deportes en espacios abiertos. Durante la observación se pudo registrar que algunos hombres pasan el tiempo en juegos de mesa que les ofrece el albergue.

Clima, alimentación y manejo de la ciudad: otro tema reiterado fue la dificultad para adaptarse al clima debido a que en el departamento del Guainía la temperatura promedio es de 27°C mientras en Bogotá es de 14°C. Algunos indígenas llegan con ropas inapropiadas para el frío y no tienen dinero para adquirir algo más adecuado. El cambio de alimentos se consideró incómodo para algunos, tanto indígenas como mestizos, pues están acostumbrados a una dieta a base de pescado de río, harina de yuca y picante, propios de la zona selvática, mientras que en Bogotá la dieta es a base de proteína de res o cerdo, pollo, verduras, tubérculos y cereales y no se utiliza picante en las preparaciones, además, en algunas de las culturas indígenas existe restricción de ciertas comidas cuando padecen algunas enfermedades como por ejemplo la carne de cerdo, situación que no se tienen en cuenta en la dieta del albergue. Varias personas expresaron que les hacen falta refrigerios entre las comidas y algunos manifestaron que no les respetaban las recomendaciones dietéticas dadas por los profesionales de la salud. El administrador de uno de los albergues reconoce la dificultad de los usuarios para acostumbrarse a la dieta y al clima frío y expresa que hacen lo posible por incluir pescado en la dieta. Algunos huéspedes piden a sus familiares que les envíen comida de la región con algún pasajero. La logística de la alimentación para los acompañantes que se desplazan durante el día hacia los hospitales donde se encuentran sus familiares es otro aspecto que se debe mejorar, pues tanto en las entrevistas como en la observación en los hospitales se pudo constatar que el transporte de los alimentos no es adecuado en cuanto a temperatura, higiene y manejo de los alimentos. Algunos de los entrevistados manifestaron importantes dificultades

para movilizarse en la ciudad debido a la complejidad del sistema de transporte o por falta de medios económicos. Los indígenas que no hablan castellano tienen dificultades importantes para comunicarse. Los que se adaptan más fácil son las personas mestizas provenientes de Inírida, pues algunos de ellos ya han estado en otras ciudades e incluso en Bogotá. Es importante anotar que Bogotá es la capital del país, con una metrópoli con más de 9 millones de habitantes.

Condiciones locativas: aunque la forma de vida de las comunidades ribereñas de los ríos del Guainía es totalmente diferente a la Bogotá, las condiciones locativas son percibidas como buenas e higiénicas, con facilidades para el aseo y el lavado de la ropa. Un aspecto que consideraron que podría mejorarse es el nivel de confort de las camas. En la observación se pudo notar que hay restricciones para pacientes con discapacidades, ya que hay muy pocas habitaciones en los primeros pisos y el resto implica el uso de escaleras.

Convivencia y aspectos emocionales: la mayoría de los entrevistados dijeron sentirse bien tratados por las personas del albergue, tanto el personal administrativo como el de enfermería. Algunos manifestaron que desearían personas que fueran más pacientes y amables. Al preguntarles si habían expresado esta dificultad con las directivas, dijeron que les daba miedo que tomaran represalias. Por su parte, los administradores afirman que la selección del personal es cuidadosa y buscan personas que tengan disposición para este tipo de trabajo. Se observó que no había un “procedimiento para quejas y sugerencias”, como por ejemplo un buzón. Existen horarios en los albergues para la llegada en las noches, lo cual les incomoda a algunos de los usuarios quienes perciben que las normas les restringen sus actividades sociales y que en ocasiones no son iguales para todos. Por su parte los administradores consideran que estas restricciones son necesarias por motivos de organización y seguridad. En el hogar no existe un personal de trabajo social o de psicología que les oriente o les apoye en sus dificultades emocionales, sin embargo, ninguno de los entrevistados expresó esta necesidad.

Acceso a los servicios de salud: el acceso a la atención se percibe con barreras como la mala programación de las citas por errores durante el trámite o la remisión, poca comunicación con las zonas rurales pues muchas veces los radioteléfonos no funcionan adecuadamente lo cual afecta la atención de urgencias. Expresan también capacitación insuficiente de los auxiliares y los gestores de los puestos de salud lo que impide que atiendan pacientes en condiciones críticas. Mencionan en forma reiterada que los tiempos de espera son muy prolongados para la atención y remisión, completándose en algunos casos semanas y hasta meses antes de regresar a sus regiones. Afirman que los procesos se dilatan por las distancias y la dificultad de transporte

en Guainía, porque al llegar a Bogotá se repiten exámenes diagnósticos realizados con anterioridad o se replantean las decisiones tomadas en el nivel básico de atención. Los errores en la programación de las citas o las demoras en las citas de control y procedimientos prolongan las estancias.

Los entrevistados expresaron que cuando los pacientes ingresan por el servicio de urgencias son atendidos mucho más rápido y regresan a sus regiones prontamente, a diferencia de cuando ingresan por consulta externa. No obstante, ya en el hospital la mayoría percibió una buena atención por parte del equipo de salud.

Los pacientes y familiares son conscientes de los aspectos positivos de este sistema de referencia, entre los que destacan los subsidios de alojamiento, alimentación y atención especializada. Sin embargo, consideran que sería mucho mejor que los especialistas estuvieran disponibles en la capital del departamento de Guainía, para evitar los costos y complicaciones derivadas de los ajustes que deben hacer a la cotidianidad a causa los desplazamientos por tiempos prolongados a la capital del país.

DISCUSIÓN

Se presenta un estudio cualitativo de casos para analizar la experiencia de usuarios de servicios sociales de apoyo para la atención especializada provenientes de una zona rural remota de Colombia, el departamento de Guainía, en el contexto de un modelo de salud diseñado para atender población dispersa. Dentro de las limitaciones se encontró poca participación de personas de las comunidades indígenas. Estudios posteriores deben utilizar estrategias especiales para incentivar su participación. Las entrevistas realizadas a personal administrativo y a los pacientes o a sus acompañantes muestran que los albergues tienen un papel muy importante en la disminución de barreras de acceso a la atención especializada; si éstos no existieran, las posibilidades de una remisión a un centro urbano estarían muy lejos del alcance de los usuarios de escasos recursos que habitan en zonas dispersas.²⁴ Aun así, parece ser que el beneficio económico de garantizar el traslado y el alojamiento durante el tiempo necesario para la atención se contraponen con el impacto en los ingresos y la estabilidad familiar que implica dicho traslado, situación de difícil equilibrio que se agudiza por los tiempos de espera y los trámites usuales del sistema de salud en las múltiples etapas del proceso de atención. En ocasiones estas demoras llevan a interrumpir procesos de remisión sin haberse dado solución al motivo del traslado, lo cual implica un desperdicio de los recursos invertidos por parte del sistema de salud y por parte del usuario y su familia.

Aunque no se expresó explícitamente durante las entrevistas, otro elemento que hace compleja la atención en los albergues es la diferencia cultural y de lenguaje en algunos indígenas, lo cual puede ser causa de ansiedad,

estrés y sensación de discomfort²⁵ lo que puede motivarlos a querer regresar rápidamente a su hábitat y a su comunidad.

Experiencias de otros países sobre albergues en contextos asimilables han detectado las múltiples necesidades de los usuarios y han señalado que deben ofrecer mucho más que alojamiento y alimentación. Para ello han establecido redes intersectoriales que contribuyen a ofrecer un apoyo más completo y efectivo.²⁶

Este trabajo permite concluir que en los albergues contratados por la aseguradora de salud del departamento del Guainía satisfacen de manera aceptable las necesidades de hospedaje, alimentación y orientación en los hospitales. Sin embargo, hay una falla importante de coordinación para lograr una atención más rápida y eficiente para disminuir los tiempos de estancia y con ello racionalizar el uso de recursos, reducir el impacto psicológico y económico que tiene el traslado en los pacientes y sus familias. De igual forma, falta establecer estrategias de atención intercultural teniendo en cuenta que los usuarios vienen de zonas remotas, no manejan ambientes urbanos y muchos proceden de minorías étnicas.²⁷

Experiencias como las de Noruega¹⁵, basadas en el control a las remisiones a especialistas y el manejo de los pacientes en su mayor parte por médicos generales, exigen una gran capacidad resolutoria de estos últimos, además de una toma de conciencia de los usuarios para que acepten que el especialista se vincula en la atención únicamente en momentos y en casos complejos. En Colombia no se dan por ahora ninguna de las dos condiciones, pues la tendencia es a buscar la atención directa por el especialista ya que el mismo sistema de salud ha limitado enormemente la capacidad de acción del médico general y los sistemas educativos y las condiciones laborales estimulan la formación de especialistas.^{28,29} La telemedicina puede ser una opción interesante si en las zonas rurales se cuenta con una buena conectividad a internet.

Onnis³⁰ sugiere que la atención en salud en zonas rurales remotas debe ser sostenible económica y ambiental para que sea eficiente y de calidad. Estudios posteriores deben evaluar con rigurosidad estos aspectos en la experiencia colombiana y tener en cuenta los costos directos e indirectos en los que de todas maneras incurren las personas para organizar sus compromisos cotidianos que les permitan el traslado.

Por su parte, Richard y col.⁶ analizan el concepto de acceso a la salud y enfatizan la necesidad de tener en cuenta no solo dimensiones de parte de la oferta como accesibilidad, logística, sostenibilidad económica y pertinencia sino también dimensiones desde la demanda, como capacidad de los usuarios para percibir los problemas de salud y buscar atención, para alcanzar objetivos en salud y pagar por los servicios, además de involucrarse y comprometerse. Durante este estudio se pudo notar una actitud pasiva de parte de los usuarios y la percepción de que el albergue es una especie de donación o de servicio de caridad y no un derecho que se debe mantener y mejorar.

La principal implicación de este estudio es la necesidad de realizar un minucioso análisis económico y social para evaluar si la atención especializada mediante el desplazamiento de los pacientes hacia las zonas urbanas es costo-efectiva y sostenible, teniendo en cuenta factores económicos y administrativos de parte de la aseguradora en salud y los costos económicos, emocionales y sociales de los pacientes y sus familias.

Un aspecto importante para destacar es el logro de intervenciones favorables para la salud gracias a las presiones de una sociedad de derecho; sin embargo, debe tenerse precaución con estos fallos, pues las órdenes judiciales no tienen en cuenta el impacto económico o la sostenibilidad de las disposiciones.³¹ En algunos países comienzan a publicarse experiencias similares de la sociedad civil.^{32,33}

CONCLUSIONES

El apoyo que se brinda en los albergues para garantizar condiciones de hospedaje y alimentación a pacientes de bajos recursos remitidos para atención especializada se ajusta aceptablemente a las necesidades y es percibido como adecuado por los usuarios, aunque hay aspectos que se podrían mejorar. El proceso de atención presenta demoras importantes que prolongan las estancias y afectan a los pacientes y acompañantes en su vida cotidiana. La atención especializada mediante los traslados de los pacientes de las zonas dispersas a los centros urbanos es una experiencia innovadora que debe ser evaluada desde el punto de vista económico y emocional para analizar su costo-beneficio y su sostenibilidad.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (Minciencias) como parte del proyecto “Experiencia de implementación del Modelo de Atención Integral en Salud MIAS-Guainía para población dispersa”. Convocatoria 744 de 2016.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Jaeger F, Bechir M, Harouna M, Moto D, Utzinger J. Challenges and opportunities for healthcare workers in a rural district of Chad. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):7. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2799-6>

2. Zhang T, Xu Y, Ren J, Sun L, Liu Ch. Inequality in the distribution of health resources and health services in China: hospitals versus primary care institutions. *Int J Equity Health.* 2017;16(1):42. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0543-9>
3. Holmer H, Lantz A, Kunjumen T, Finlayson S, Hoyler M, Siyam A, et al. Global distribution of surgeons, anaesthesiologists, and obstetricians. *Lancet Glob Health.* 2015;3Supl 2:S9-11. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70349-3
4. Shen GC, Nguyen HT, Das A, Sachingongu N, Chansa C, Qamruddin J, et al. Incentives to change: effects of performance-based financing on health workers in Zambia. *Hum Resour Health.* 2017;15(1):20. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0179-2>
5. Kok MC, Broerse JE, Theobald S, Ormel H, Dieleman M, Taegtmeier M. Performance of community health workers: situating their intermediary position within complex adaptive health systems. *Hum Resour Health.* 2017; 15(59). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0234-z>
6. Richard L, Furler J, Densley K, Haggerty J, Russell G, Levesque JF. Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovations. *Int J Equity Health.* 2016;15:64. doi: 10.1186/s12939-016-0351-7
7. Johnston K, Wen H, Joynt Maddox KE. Lack of access to specialists associated with mortality and preventable hospitalizations of rural medicare beneficiaries. *Health Affairs.* 2019;38(12):1993-2002. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00838>
8. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; (1): CD003798. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14974038>
9. Flottorp S. Do specialist outreach visits in primary care and rural hospital settings improve care? A SUPPORT summary of a systematic review [Internet]. 2008 [consultado marzo 17 de 2021]. Disponible en: <https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/SURE-Guides-v2.1/Collectedfiles/source/support%20summaries/gruen2003.pdf>
10. British Columbia Ministry of Health, Ministry of Health. Rural health services in BC: a policy framework to provide a system of quality care. Cross Sector Policy Discussion Paper [Internet]. Canada; 2015 [consultado marzo 17 de 2021]. Disponible en: <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2015/rural-health-policy-paper.pdf>
11. Caffery LJ, Bradford NK, Wickramasinghe S, Hayman N, Smith A. Outcomes of using telehealth for the provision of healthcare to Aboriginal and Torres Strait Islander people: a systematic review. *Aust N Z J Public Health* 2017;41(1):48–53 doi: 10.1111/1753-6405.12600
12. Caldwell R, Grant M, Gaede B, Aldous C. Enabling factors for specialist outreach in western KwaZulu-Natal. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2018;10(1):e1-e10. doi: 10.4102/phcfm.v10i1.1690
13. Taylor L, Waller M, Portnoy J. Telemedicine for Allergy Services to Rural Communities. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice.* 2019; 7(8): 2554-2559

14. O'Sullivan B, McGrail M, Stoelwinder J. Subsidies to target specialist outreach services into more remote locations: a national cross-sectional study. *Australian Health Review*. 2016;41(3):344-350. <https://doi.org/10.1071/AH16032>
15. Johansson KA, Nygaard E, Herlofsen B, Lindemark F. Norwegian Clinical Priority Guidelines Author Group. Implementation of the 2013 amended Patients' Rights Act in Norway: Clinical priority guidelines and access to specialised health care. *Health Policy*. 2017;121(4):346-353. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.02.007
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015 [Internet]. Bogotá DC, Colombia; 2015 [consultado marzo 17 de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
17. Arrivillaga M, Aristizábal JC, Pérez M, Estrada VE. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gac Sanit*. 2016;30(6):415-420. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.008>
18. Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social [Internet]. Colombia; 2018 [consultado marzo 17 de 2021]. Disponible en: <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>
19. Resolución 5521 de 2013. Resolución derogada por el artículo 138 de la Resolución 5592 de 2015. Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). (Diario Oficial No. 49.019 de 30 de diciembre de 2013).
20. Ministerio de Salud. MIPRES Subsidiado 2019 – Manual Albergues Zonas Especiales [Internet]. Colombia; 2019 [consultado marzo 17 de 2021]. Disponible en: <https://xhygnusnews.com/mipres/mipres-subsidiado-2019-manual-albergues-zonas-especiales/>
21. Instituto Nacional de Cancerología ESE Colombia [Internet]. Albergues- Información general [Internet]. [consultado marzo 1 de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/atencion-servicios-ciudadania/informacion-para-pacientes/programas-apoyo-pacientes/informacion-sobre-albergues-inc>
22. Arquidiócesis de Cali Vida Nueva: Fundación Hogar de Paso San Camilo de Lelis [video en internet]. Youtube. 31 de Julio de 2016. [Citado en marzo 16 2021] Recuperado a partir de: www.youtube.com/watch?v=IOkONo2mYhc
23. Duque H, Aristizabal E. Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*. 2019;15(25):1-24. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>
24. Hernández J, Sierra R. La formación de médicos en Colombia. *Educación Médica*. 2018;19(Suppl 1):31-35. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.006>
25. Kartal D, Alkemade N, Eisenbruch M, Kissane D. Traumatic exposure, acculturative stress, and cultural orientation: the influence on PTSD, depressive and anxiety symptoms among refugees. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(9):931-941. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1532-z>
26. Mantler T, Wolfe B. A rural shelter in Ontario adapting to address the changing needs of women who have experienced intimate partner violence: a qualitative case study. *Rural Remote Health*. 2017;17(1):3987. doi: 10.22605/rrh3987
27. Colombia. Ministerio de Salud. Lineamientos incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia [Internet]. 2017 [consultado marzo 17 2021] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf>
28. Restrepo D, Ortiz L. Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 – 2030. Documento de trabajo, en discusión. Observatorio de Talento Humano en Salud [Internet]. 2017 [consultado marzo 17 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Especialistas-md-oths.pdf>
29. Médicos generales solo resuelven 3 de cada 10 consultas que atienden [Internet]. Hospital Universitario San Ignacio; 2016 [consultado marzo 17 2021]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16538922>
30. Onnis LA. Human resource management policy choices, management practices and health workforce sustainability: remote Australian perspectives. *Asia Pacific Journal of Human Resources*. 2019;57(1):3-23. <https://doi.org/10.1111/1744-7941.12159>
31. Plazas-Gómez CV, Moreno Guzmán DM. Impacto económico de las acciones de tutela en salud en Colombia. *Vniversitas*. 2017;66(135):325-376. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.vj135.ieat>
32. Martins A, Allen S. Litigation to Access Health Services: Ally or Enemy of Global Public Health?. *Ann Glob Health*. 2020;86(1):14. doi: 10.5334/aogh.2760
33. Vidal J, Di Fabio JL. Judicialización y acceso a tecnologías sanitarias: oportunidades y riesgos. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;41. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.137>

