



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Maestría en Salud Pública 2000-2002

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

**ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS POBLACIONES  
BENEFICIARIAS DE PROYECTOS MDM-FRANCIA. ZONAS  
RURALES ATRATO MEDIO Y EL META. COLOMBIA. AÑO 2005.**

**Autora:** Sofía Zulema Zambrano Moreno. MD.

**Tutora:** MsC: Alma Lila Pastora Zeuli.

Diciembre 2006, Managua, Nicaragua

## **AGRADECIMIENTO**

- A mis profesores del CIES por su apoyo incondicional para poder terminar mis estudios a pesar de la adversidad vivida.
- A Liliana y a Christian por haberme permitido conocer y ser parte de Médicos del Mundo y darme la oportunidad de realizar esta investigación.
- A las poblaciones de las áreas rurales del medio Atrato y del departamento del Meta por haber depositado su confianza y por compartir con nosotros sus necesidades y dificultades, para que seamos una voz que trasmite en Colombia y fuera de Colombia su situación de exclusión y abandono, especialmente en su derecho a la salud y a la vida.

**DEDICATORIA.**

*Al Dios en quien deposito mi futuro y mis fuerzas.  
A mi familia, principalmente a mi tía Francisca.  
Y a mi hija Sofía que es mi inspiración y  
mi fuente de alegría.*

## INDICE

▪ Dedicatoria	i
▪ Agradecimiento	ii
▪ Resumen	iii

<b>CAPITULO</b>	<b>PÁGINA</b>
I. INTRODUCCIÓN	1.
II. ANTECEDENTES	3.
III. JUSTIFICACIÓN	5.
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7.
V. OBJETIVOS	9.
VI. MARCO DE REFERENCIA	10.
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	30.
VIII. RESULTADOS	34.
IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	39.
X. CONCLUSIONES	43.
XI. RECOMENDACIONES	44.
XII. BIBLIOGRAFÍA	46.
ANEXOS	

**DEDICATORIA.**

*Al Dios en quien deposito mi futuro y mis fuerzas.  
A mi familia, principalmente a mi tía Francisca.  
Y a mi hija Sofía que es mi inspiración y  
mi fuente de alegría.*

## **AGRADECIMIENTO**

- A mis profesores del CIES por su apoyo incondicional para poder terminar mis estudios a pesar de la adversidad vivida.
- A Liliana y a Christian por haberme permitido conocer y ser parte de Médicos del Mundo y darme la oportunidad de realizar esta investigación.
- A las poblaciones de las áreas rurales del medio Atrato y del departamento del Meta por haber depositado su confianza y por compartir con nosotros sus necesidades y dificultades, para que seamos una voz que trasmite en Colombia y fuera de Colombia su situación de exclusión y abandono, especialmente en su derecho a la salud y a la vida.

## RESUMEN

Este documento describe la situación de salud de dos grupos poblacionales, El Caso Meta y El Caso Atrato. Colombia, de acuerdo al acceso potencial y al acceso real que tiene que ver con la utilización efectiva de los servicios.

Con el presente estudio se analizan las condiciones sociodemográficas, así como algunas variables del Sistema de prestación de servicios, que muestran la vulnerabilidad y las inequidades socio sanitarias de las poblaciones antes mencionadas.

La Reforma del Sistema de Salud en Colombia, que se plasmó en la Ley 100 de 1993, sigue los principios básicos impuestos en toda el área latinoamericana por las instituciones financieras internacionales. Se basan en criterios de racionalidad financiera y se apoyan en los procesos de "modernización" del Estado, que implican una descarga de sus funciones y una reducción del peso de las instituciones.

Colombia optó por el esquema de aseguramiento, creando un escenario de prestación de servicios de salud con entidades públicas y privadas que compiten por el mercado de usuarios, afiliados a dos Regímenes de Salud: El contributivo para los ciudadanos con capacidad de pago y el Subsidiado para los mas pobres, prometiendo para este ultimo la cobertura universal para el 2001.

Entre los hallazgos más importantes encontrados al finalizar el presente estudio se encuentra la falta de dinero, ya que tener seguro no facilita, pago de transporte y pago de medicamentos. Además muestran la falta de personal medico, recursos técnicos y materiales en los centros de salud de estas zonas rurales y postergadas, las cuales viven en situación de extrema pobreza.

Es preocupante el problema del acceso a los medicamento, el suministro de medicamentos fue inferior en los pacientes no afiliados al sistema, sin embargo los

afiliados que por ley tienen derecho, el 28.6% y el 21.3% Meta y Atrato no recibieron sus medicamentos

De los que utilizaron los servicios una cantidad significativa de pacientes, reciben, los medicamentos incompletos 35% en el Meta y 39% en el Atrato.

El acceso es solo uno de los determinantes en la utilización de los servicios, pero se pretende ilustrar, que la privatización de la salud excluye principalmente a las poblaciones mas vulnerables, las que tienen que enfrentar y superar barreras económicas, geográficas y administrativas para acceder y utilizar los servicios a los que por ley tienen derecho. Por lo cual es necesario reorientar las políticas sociales con el objeto de garantizar el acceso real a los servicios de salud de estas poblaciones.

## RESUMEN

Este documento describe la situación de salud de dos grupos poblacionales, El Caso Meta y El Caso Atrato. Colombia, de acuerdo al acceso potencial y al acceso real que tiene que ver con la utilización efectiva de los servicios.

Con el presente estudio se analizan las condiciones sociodemográficas, así como algunas variables del Sistema de prestación de servicios, que muestran la vulnerabilidad y las inequidades socio sanitarias de las poblaciones antes mencionadas.

La Reforma del Sistema de Salud en Colombia, que se plasmó en la Ley 100 de 1993, sigue los principios básicos impuestos en toda el área latinoamericana por las instituciones financieras internacionales. Se basan en criterios de racionalidad financiera y se apoyan en los procesos de "modernización" del Estado, que implican una descarga de sus funciones y una reducción del peso de las instituciones.

Colombia optó por el esquema de aseguramiento, creando un escenario de prestación de servicios de salud con entidades públicas y privadas que compiten por el mercado de usuarios, afiliados a dos Regímenes de Salud: El contributivo para los ciudadanos con capacidad de pago y el Subsidiado para los mas pobres, prometiendo para este ultimo la cobertura universal para el 2001.

Entre los hallazgos más importantes encontrados al finalizar el presente estudio se encuentra la falta de dinero, ya que tener seguro no facilita, pago de transporte y pago de medicamentos. Además muestran la falta de personal medico, recursos técnicos y materiales en los centros de salud de estas zonas rurales y postergadas, las cuales viven en situación de extrema pobreza.

Es preocupante el problema del acceso a los medicamento, el suministro de medicamentos fue inferior en los pacientes no afiliados al sistema, sin embargo los

afiliados que por ley tienen derecho, el 28.6% y el 21.3% Meta y Atrato no recibieron sus medicamentos

De los que utilizaron los servicios una cantidad significativa de pacientes, reciben, los medicamentos incompletos 35% en el Meta y 39% en el Atrato.

El acceso es solo uno de los determinantes en la utilización de los servicios, pero se pretende ilustrar, que la privatización de la salud excluye principalmente a las poblaciones mas vulnerables, las que tienen que enfrentar y superar barreras económicas, geográficas y administrativas para acceder y utilizar los servicios a los que por ley tienen derecho. Por lo cual es necesario reorientar las políticas sociales con el objeto de garantizar el acceso real a los servicios de salud de estas poblaciones.

## I). INTRODUCCIÓN

Por la globalización neoliberal prácticamente todos los sistemas de salud de América Latina, sufrieron reformas significativas poniendo en práctica procesos que acrecentaron la inequidad; siendo la privatización de la salud el componente más exitoso de la Reforma.

Una América Latina, endeudada, empobrecida y en profunda crisis social no ha tenido otra alternativa que la supeditación a los designios de los paquetes de reformas económicas y políticas que caracterizan al modelo neoliberal.

La realidad que se vive hoy niega completamente de que el libre Mercado es la clave del desarrollo económico, por el contrario al llevar la empresa privada al sector social se han impuesto los criterios de ganancia y rentabilidad, convirtiendo en mercancía, la satisfacción de necesidades básicas como la Salud, someténdola a las leyes de la oferta y la demanda, pretendiendo hacer creer que el Mercado es por si mismo un ejercicio democrático que construye equidad.

La Reforma de los Sistemas de salud, tanto en Colombia como en los países de la zona inicia a mediados de los 80 y con mayor fuerza en los 90 y nacen como parte de los programas de estabilización y reajuste estructural; condición impuesta por el Fondo Monetario Internacional (FMI) a los préstamos concedidos a los países con desequilibrios en sus pagos.

Estas reformas fueron guiadas por el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) se basan en criterios de racionalidad financiera e implantación de Regímenes de economía de mercado, rentabilizando la salud y convirtiéndola en una mercancía en lugar de un derecho. El componente más exitoso en el programa de la reforma es la privatización de los servicios de salud.

La reforma de seguridad social en salud de Colombia empezó a ser implantada a partir del 01 de Enero de 1995 y se caracteriza por un modelo de competencia poco regulado en donde la responsabilidad social de estado fue delegada a entidades comercializadoras; (las Empresas Promotoras de Salud)

que se están transformando en verdaderos monopolios las que actúan como jueces y parte en la prestación, calidad y eficiencia de sus servicios en donde la salud es una mercancía a la que tiene acceso solamente la población que tiene capacidad de pago.

Se decidió trabajar sobre la problemática de globalización y derecho a la salud, tomando como eje principal de investigación las Políticas macro-económicas y el acceso a los servicios básicos en este caso particularmente a los servicios de salud.

Nuestro compromiso de testimonio en este país y el mundo nos permite la posibilidad de sistematizar desde nuestra experiencia en la prestación de servicios de salud, los incumplimientos, la inequidad y las fallas operativas de un sistema semi-privatizado como el de Colombia que tiene como resultado la exclusión de la población vulnerable de los servicios de salud; la pobreza, la desigualdad y el sufrimiento han aumentado en los países que se han sometidos a programas de reajuste estructural y Colombia no es la excepción.

Se busca con esta investigación el principio de una experiencia de testimonio en Colombia, del impacto de tales reformas en la salud de las poblaciones más vulnerables.

## II). ANTECEDENTES

En Colombia como en los países de La zona se han desarrollado los planes de reajuste macroeconómicos liderados por el FMI y el BM. Con una enorme presión para reducir la participación pública dentro de los gastos nacionales de salud.

Los paquetes de reforma que caracterizan al modelo neoliberal son:

- Aperturas de mercado internacionales
- Privatización de las empresas estatales; sector eléctrico, minero y financiero
- Aumento de los impuestos
- Eliminación de los subsidios sociales y recorte del gasto público.

Estas medidas fueron implantadas para pagar los compromisos de la deuda externa y los sectores sociales se convirtieron en una fuente de ahorro que les permitiría asumir esos gastos.

El antiguo Sistema Nacional de Salud (SNS) de Colombia vigente desde 1975 funcionaba a partir de la oferta de servicios y lo integraban 3 subsistemas; el primero correspondía al Subsistema de Salud Pública (SSP) que involucraba la modulación, financiamiento y la prestación de servicios; se financiaba vía subsidios a la oferta procedente de los ingresos corrientes de la nación y de otras fuentes públicas de destinación específica; el segundo subsistema estaba formado por los Seguros Sociales (SSS), administrado por los Institutos de los Seguros Sociales (ISS) y cerca de mil cajas de provisión; el tercero correspondía al subsistema privado de servicios que se financiaba a través de seguros privados y pagos de bolsillo.

El 23 de diciembre de 1993, el congreso colombiano aprobó la ley 100, creando el Sistema de Seguridad Social en Salud, se hizo hincapié en el aseguramiento y provisión de servicios de un programa obligatorio en salud

(POS) para los afiliados en 2 regímenes: El contributivo y el subsidiado que supuestamente alcanzaría la cobertura universal para el 2001.

Han pasado 10 años de la implementación de la ley 100 y al hacer un balance, se observa un conjunto de problemas entre los que sobresale la falta de aseguramiento; hay que diferenciar entre aseguramiento y acceso.

Respecto a la garantía del derecho a la salud, interesa el acceso real que se relaciona con el uso efectivo de los servicios ya que tener un carné no significa acceso; la presencia de barreras económicas, geográficas y administrativas para el acceso a los servicios de salud; la lentitud en el flujo de recursos en el sistema y su apropiación indebida por parte de los intermediarios (Empresa Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado), la crisis hospitalaria con efectos como el cierre de instituciones de salud, pérdida de empleo, la marginalidad de las acciones de salud pública con deterioro de las condiciones de salud de la población reflejado en la regresividad de diversos indicadores de salud e igual deterioro en la calidad de prestación de los servicios de salud expresado en las quejas y tutelas en salud, evidencian que existen serias dificultades con el modelo de salud que optó Colombia en 1993.

La población total en el 2001 era de 43.035.394 habitantes y de eso 18 millones de personas no estaban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### III). JUSTIFICACIÓN

El acceso a los servicios de salud en Colombia esta cada vez más restringido por la privatización de la salud. El 46% de la población no tiene acceso a los servicios de salud básica.<sup>1</sup>

La falta de equidad en el sistema de atención en salud privilegia solamente a la población que tiene capacidad adquisitiva.

Este panorama de salud será más preocupante aun con la firma del TLC/ALCA con EE.UU. para la población más vulnerable que es la que peores condiciones de vida tiene y por tanto mayores necesidades de protección en salud<sup>2</sup>

La población beneficiaria de los proyectos de Médicos del Mundo - Francia en Bojaya, Murindo, Mesetas, la Uribe, Vista Hermosa y el Castillo en Colombia, esta inmersa en un contexto de dificultades de acceso económico, geográficos y con escasa disponibilidad de recursos y servicios, además el conflicto armado considerado como el principal problema de salud pública de Colombia.

La violencia se ha convertido en un factor ordenador - desordenador de la política, la sociedad y la economía.

Este conflicto ha cerrado espacios con efectos negativos en la movilización de la población civil la que se convierte en blanco de las acciones bélicas o como un terreno a conquistar. La población civil se encuentra entre 2 fuegos y se le impide hacer su voluntad que es la de mantenerse al margen del conflicto, pagando una altísima cuota de sangre y no hay avance alguno que permita humanizar el conflicto.

El desenlace le concierne a Colombia pero también a la comunidad internacional.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Torres, Mauricio. Le Monde diplomatique pp. 4-5 La seguridad Social en Colombia. Avanza la privatización de la salud. Edición Colombia Nov, 2003

<sup>2</sup> Paredes, Natalia. La Salud Publica: " Entierro Definitivo" en Reelección: El embrujo Continua. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.

<sup>3</sup> Sánchez, Gonzalo. "Guerra prolongada y negociaciones inciertas en Colombia." En violencia y estrategias colectivas en la región andina. Bogota Editorial Norma 2004

El acercamiento de Médicos del Mundo a estas poblaciones, a sus condiciones de vida y a su situación de precariedad le ha permitido conocer el estado de violación del derecho a la salud que padecen. Se podría hablar del derecho a la atención en salud de manera aislada pero de qué le sirve a un ciudadano tener derecho a la atención en salud, si a la vez no tiene garantizados derechos fundamentales como los derechos a la vida y al trabajo vulnerados en Colombia de manera permanente. Si no tiene garantizada la protección a su vida y si logra sobrevivir no tiene la posibilidad de serle útil a la comunidad mediante el desempeño de una actividad que le permita realizarse como ser humano integrante activo de una comunidad.

Esta investigación nos permitirá aportar nuestro testimonio en Colombia y fuera de Colombia sobre el impacto de Privatizar la salud y convertirla en una mercancía y no en un Derecho inherente a la Dignidad Humana.

Los resultados de este estudio le serán de utilidad principalmente a estas poblaciones vulnerables y excluidas por el sistema privatizado de seguridad social, a instituciones y profesionales del sector salud que tienen por vocación la solidaridad y los valores de la medicina humanitaria.

#### **IV). PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Colombia estableció la seguridad social como un derecho irrenunciable de los colombianos y como un servicio público obligatorio bajo los principios de universalidad, igualdad, equidad, accesibilidad y gratuidad. Pero en la práctica estos principios no han tenido para la población marginada, desplazada e incluso la indigente el desarrollo constitucional y normativo establecido.

Se creo un escenario de prestación de los servicios de salud por entidades públicas y privadas que compiten por el mercado de usuarios.

El acceso a los servicios de salud esta cada vez más restringido por la privatización; y la salud se ha convertido en una mercancía en lugar de un derecho.

La prestación de servicios es deficiente, inoportuna y con falta de equidad, dejando en la letra lo que fuera una posibilidad de atención y mejoramiento de la salud.

La privatización de la salud atenta contra el derecho a la salud, principalmente de las poblaciones más vulnerables, en situaciones de crisis y exclusión que tienen que enfrentar barreras económicas, geográficas y administrativas para acceder y utilizar los servicios a los que por ley tienen derecho.

La prestación de servicios, el acceso a estos y en general el cumplimiento de los deberes de las diferentes instituciones de salud son un aspecto a revisar para verificar su incidencia en el real mejoramiento de la salud; teniendo en cuenta además el conflicto armado que vive el país por más de cinco décadas, donde la población civil es blanco de las acciones bélicas. La violencia es el mayor problema de salud pública hoy en Colombia. Este Conflicto engendra su propio contexto donde las causas y las consecuencias se confunden ampliamente.

Para realizar el presente estudio nos planteamos las siguientes interrogantes

- 1) ¿Cuales son las características sociodemográficas más importantes de la población estudiada?
- 2) ¿Cuales son las características del acceso potencial a los servicios de salud por parte de la población?
- 3) ¿Es posible describir el acceso real a los servicios de salud que tiene la población en las zonas de estudio?

¿Como son las condiciones de acceso a los servicios de salud de las poblaciones victimas del conflicto beneficiaria de los proyectos de Médicos del Mundo Francia en algunas zonas rurales del Atrato Medio y del Departamento del Meta Colombia 2005?

## **V). OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Describir las condiciones de acceso a los servicios de salud de las poblaciones Víctimas del conflicto, beneficiaria de los proyectos de Médicos del Mundo-Francia en algunas zonas rurales del Atrato Medio y el Meta. Colombia 2005

### **Objetivos Específicos**

- 1) Describir las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
- 2) Describir las características del acceso potencial a los servicios de salud.
- 3) Describir el acceso real a los servicios de salud en las zonas de estudio.

## **VI). MARCO DE REFERENCIA**

Se adopta la estructura empírica propuesta por Aday y Andersen, para estudiar el problema de acceso y utilización de los servicios de salud, como la propuesta más integral para estudiar el proceso de acceso a los servicios: los autores incorporan la perspectiva de Donabedian para abordar un Sistema de Salud a través de la estructura, el proceso y los resultados. Se traducen las múltiples interrelaciones de esos tres componentes en dos dimensiones del acceso: el acceso potencial y el acceso real.<sup>4</sup>

El acceso potencial es la posibilidad de obtener atención determinada por la adecuación entre el sistema de prestación de servicios, disponibilidad, organización institucional y funcional de la oferta, las características de la población, creencias, información, dotaciones y necesidades. El acceso real es el uso efectivo de los servicios y la satisfacción de los usuarios e incluye situaciones tan difíciles de valorar como la resolución final de la necesidad en salud, que generó la búsqueda de atención.

### **Acceso Potencial**

Tiene dos componentes: las características de la oferta y las de la población. Las primeras se refieren a la disponibilidad de servicios, a la organización institucional del sistema de prestación, y a la ubicación geográfica, en función –según Aday y Andersen- del proceso de búsqueda de atención, y de la adecuación de los servicios a las necesidades de la población.

Las características de la población se refieren a la predisposición, dotaciones y necesidades de los usuarios, inciden, entre otras variables, las creencias y

---

<sup>4</sup> Aday, Lu Ann, y Andersen Ronald (1983). Exploring dimension of access to medical care. En: Health Services Research. Vol. 18(1):51

actitudes, el tipo y cobertura del seguro, el sitio de residencia y el estado de salud percibido.

<b>Acceso potencial</b>	
<b>Características de la oferta</b>	<b>Características de la población</b>
<p><b>1. Disponibilidad de Recursos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volumen , disponibilidad y calificación del Recurso Humano y de la Infraestructura</li> </ul> <p><b>2. Facilidades de Entrada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios: *Plan Obligatorio de Salud Subsidiado *Normas atención población desplazada</li> <li>• Accesibilidad Geográfica ; medios para llegar a los servicios</li> <li>• Tiempo de viaje</li> <li>• Horario de atención</li> </ul> <p><b>3. Estructura de Servicios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo y Localización del proveedor</li> <li>• Capacidad resolutive</li> <li>• Extensión cobertura seguro</li> </ul>	<p><b>1. Predisposición frente al Sistema de Prestación de Servicios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepciones, actitudes, prácticas</li> <li>• Información</li> <li>• Edad y sexo</li> </ul> <p><b>2. Dotaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenencia de seguro (carné ARS)</li> <li>• Documento acredite condición de desplazado</li> <li>• Residencia región: rural – urbana</li> </ul> <p><b>3. Necesidades</b></p> <p>Estado de Salud percibido</p>

## Acceso Real

El acceso real se refiere a la “utilización efectiva” de servicios de salud y abarca un amplio campo de elementos y procesos, los cuales en el caso de la oferta van desde el tipo de institución y servicios utilizados, hasta la capacidad resolutive. En el ámbito de las características de la población, el acceso real, pasa por la satisfacción del usuario, las actitudes y prácticas respecto a la experiencia de utilizar servicios y la percepción de resolución de la necesidad en salud.

Esta dimensión del acceso proporciona información acerca de la coherencia o el desencuentro entre el sistema de prestación de servicios, las necesidades y características de la población. Concreta en la práctica uno de los componentes más importantes del derecho a la salud, el de la asistencia sanitaria.

Además el acceso a los servicios es considerado uno de los elementos centrales de la equidad en salud.

### Acceso real

#### Características de la oferta

##### **UTILIZACIÓN DE SERVICIOS**

1. **Tipo Institución:** Pública, privada, ESE, IPS, nivel de atención
2. **Tipo Servicios:** Urgencias, consulta médica, odontología, etc.
3. **Frecuencia de uso y calidad de atención**

#### Características de la población

##### **SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

- Experiencias personales o familiares
- Valoración de la experiencia de uso, seguimiento del tratamiento

##### **RESOLUCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD**

- Percepción de resolución

## El Acceso a los Servicios de Salud en Colombia

La reforma del sistema de salud en Colombia, que se plasmó en la Ley 100 de 1993, sigue los principios básicos impuestos en toda el área latinoamericana por las instituciones financieras internacionales: universalidad, equidad, solidaridad, efectividad, eficiencia, calidad y sostenibilidad. Las reformas guiadas por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, se basan en criterios de racionalidad financiera y se apoyan en los procesos de "modernización" del Estado, que implican una descarga de sus funciones y una reducción del peso de las instituciones.

La Ley 100 plantea un sistema de salud con dos regímenes paralelos: el contributivo, para los ciudadanos con capacidad de pago, y el subsidiado, para los más pobres.

Con el fin de determinar el estrato socioeconómico se aplica una encuesta, el SISBEN, que divide a la población en 6 estratos (el 1 sería el más bajo y el 6 el más alto), y en función de ellos los sitúa en uno u otro régimen.

Los afiliados al régimen contributivo (estratos 3 al 6) aportan una cantidad de su salario mensual para financiar el sistema, mientras para los afiliados al subsidiado (estratos 1 y 2) las aportaciones llegan del Estado, departamentos, municipios... Una vez que una familia recibe su clasificación de estrato socioeconómico según la encuesta y si éste es de nivel 1 ó 2, debe ser afiliado por una Administradora de Régimen Subsidiado (ARS) que le otorga un carné y con él, el acceso al sistema de salud. Si bien las previsiones iniciales eran que en el año 2001 toda la población estuviera dentro del sistema, en uno u otro régimen, la realidad es que en estos momentos hay 20 millones de personas que no han conseguido acceder (los "vinculados"), por no haberseles hecho la encuesta o no haber sido afiliados por una ARS. El problema es que las afiliaciones y la carnetización se realizan en función de los cupos disponibles y no de la demanda. Ambos regímenes tienen planes obligatorios de salud (POS) distintos y con diferentes prestaciones: mientras el contributivo cubre casi todas las enfermedades y problemas, el subsidiado deja fuera un gran número de patologías. Tampoco tienen flexibilidad para hacer frente a las diferencias regionales.

Los afiliados al régimen contributivo le pagan a una Entidad Prestadora de Salud (EPS), que actúa como intermediaria. Ésta ingresa el dinero en una cuenta del FOSYGA, adscrita al Ministerio de Salud, tras descontar una parte para licencias de maternidad, accidentes y otras eventualidades (en este punto se producen importantes desvíos de fondos que suponen en la práctica una capitalización de estas empresas). El FOSYGA les devuelve una cantidad de dinero por cada afiliado (Unidad de Pago por Capitación, cuya cuantía se fija anualmente).

En el subsidiado, los intermediarios son las ARS, que reciben fondos de la mencionada cuenta del FOSYGA y de instituciones oficiales.

Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) son los hospitales, centros de salud, etc. De acuerdo a este régimen funcionan por demanda: no disponen de un presupuesto previo sino que las EPS o ARS les pagan cuando prestan los servicios y los facturan (normalmente con bastante retraso, en ocasiones incluso

de 1 ó 2 años). Por eso, las IPS tratan de evitar la atención a personas pobres que no puedan garantizar el pago, por lo que los vinculados quedan por fuera del sistema (o se les atiende previo pago del servicio). El paciente se convierte en cliente y los centros de salud no tienen presupuesto para comprar medicamentos ni pagar salarios, cirugía, etc. Además, los afiliados al contributivo pueden ir a cualquier IPS pública o privada, mientras los del subsidiado sólo pueden acudir a los antiguos hospitales públicos.

La realidad socioeconómica de Colombia, ha influido en el fracaso del sistema, diseñado más para las condiciones de un país desarrollado que para uno con altos niveles de desempleo y exclusión. Influyen otros factores como el clientelismo, la corrupción y la compra de votos: dentro del subsidiado se calcula que hay entre 3 y 4 millones de "colados", no pobres, que quitan recursos que sí deberían ir destinados a los más pobres. Además, con el complejo proceso de transferencias establecido en la ley, se multiplican los filtros, los "desvíos" y la corrupción.<sup>5</sup>

## **Características del Sistema General de Seguridad Social en Salud**

“Existen dos grandes componentes en el sistema colombiano de Seguridad Social: el Aseguramiento y la Gestión Territorial. El aseguramiento comprende tanto las funciones de administración como de prestación de servicios, mientras que la gestión territorial comprende las funciones de dirección (Planificación, regulación de la afiliación y la prestación de servicios y vigilancia) y la atención de la salud pública.

### **Aseguramiento**

El aseguramiento se da tanto en el régimen contributivo (Trabajadores con capacidad de pago) como en el régimen subsidiado (Población pobre).

---

<sup>5</sup> MSF- Reliefweb. El acceso a los servicios de salud en Colombia. <http://www.reliefweb.int/w/ 2002>; (Fecha de acceso: Noviembre 2004) (Fecha de actualización: 31 de marzo de 2002).

El esquema de aseguramiento en el régimen contributivo puede sintetizarse de la siguiente manera: Un ciudadano cotiza a una EPS pública o privada (Que ejerce funciones de aseguradora), lo cual le da derecho a utilizar los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) prestados por las instituciones prestadoras (IPS), las cuales le pasan la cuenta las aseguradoras (EPS). En este esquema el trabajador cotizante tiene el derecho de escoger, según su propia conveniencia su EPS y sus IPS. Generando un ambiente de competencia entre las instituciones aseguradoras (EPS) y las instituciones prestadoras (IPS).

Por su parte, para la población del régimen subsidiado el esquema de aseguramiento es similar, con la diferencia de que no cotiza sino que recibe un subsidio proveniente en su mayor parte del presupuesto público.

El Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo cubre las actividades y servicios esenciales necesarios para la atención en salud de los diferentes niveles de atención (Prevención, Urgencias, Consulta Médica, Atención Odontológica, hospitalización, Rehabilitación y Medicamentos). Los servicios del Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado cubiertos por las EPS a través del esquema de aseguramiento (Subsidio a la demanda) son menos que los del contributivo, aunque se han nivelado progresivamente durante los primeros años.

El mecanismo de financiación del esquema de aseguramiento puede resumirse así: El trabajador cotiza a la EPS (12% si es independiente, 8% si es empleado que complementa el 4% del empleador), la cual gira los recursos al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual devuelve a la EPS una Unidad de Pago por Capitación (UPC) por cada trabajador cotizante y por cada beneficiario del cotizante (Compensación).

La cotización que hace cada afiliado a la EPS, se basa en un criterio de equidad, puesto que el afiliado cotiza proporcionalmente a su ingreso, mientras que la UPC que asigna el sistema a cada afiliado y sus beneficiarios se basa en

un criterio de necesidad (Según el usuario sea mujer en edad reproductiva, menor de edad o varón adulto). De esta manera la UPC constituye en esencia una prima de seguro de salud, ajustada según riesgo de enfermar o probabilidad de uso de los servicios de salud.

En el caso del régimen subsidiado el proceso comienza en el municipio, el cual identifica a las personas pobres que ameritan recibir un subsidio para su aseguramiento. Estas personas identificadas luego deben ser afiliadas a una Administradora de Régimen Subsidiado (ARS). En consecuencia el municipio, con recursos destinados para tal fin, debe entregar directamente las respectivas UPC a la entidad aseguradora (ARS), la cual paga los servicios utilizados a la IPS. En aquellos municipios en donde no se cuenta con recursos suficientes para asegurar a toda la población pobre, el FOSYGA aporta los recursos complementarios para el resto de la población pobre, los cuales se transforman en las respectivas UPC.

Para la afiliación de su población pobre al régimen subsidiado los municipios cuentan con los recursos provenientes de su participación en los ingresos corrientes de la nación. Estos recursos deben ser invertidos en diferentes sectores (25% para salud, educación 30%, agua potable 20%, recreación 5% y 20% de libre inversión). De la asignación a salud, 15% deben ser destinados a afiliar población pobre al régimen subsidiado y 10% para otros gastos en salud (Acciones en salud pública, infraestructura, etc.).

Existe un esquema de solidaridad entre el Régimen Contributivo (RC) y el Régimen Subsidiado (RS). Una parte de los aportes de los cotizantes se convierte en UPC para los afiliados del RC, mientras que otra parte se convierte en UPC para los afiliados del RS. Por eso, el FOSYGA es en realidad un fondo de solidaridad.

## **Gestión Territorial**

En el contexto del Sistema de Seguridad Social en Salud el municipio tiene dos grandes funciones: Dirigir la atención básica de la salud pública a toda la población (A través del Plan de Atención Básica – PAB) y promover la atención de cada individuo enfermo (A través del Plan Obligatorio de Salud – POS). Teniendo en cuenta que el Alcalde es en principio el Director de Salud del Municipio, también tiene dentro de sus funciones la vigilancia de la gestión de las instituciones (Procesos), de la calidad de los servicios (Resultado) y de la situación de salud de la población (Impacto). Esto implica que el municipio constituye la primera instancia de vigilancia epidemiológica que tiene el Sistema de Salud colombiano.

Como se observa, la responsabilidad esencial del municipio no es la prestación de servicios asistenciales a través de puestos, centros de salud y hospitales. Estos últimos debieron transformarse en Empresas sociales del Estado (ESE), las cuales compiten con las demás instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios para obtener contratos con las EPS. De esta manera financian su funcionamiento al recibir ingresos por la venta de servicios a EPS y a particulares. Por tanto, en este nuevo contexto la obligación del Alcalde Municipal no es mantener las instituciones públicas de salud existentes, sino crear las condiciones para que la población mantenga y mejore su nivel de salud, esquema que se aplica en forma análoga a nivel de Departamento.

## **Dirección del Sistema**

Tanto el nivel nacional (Ministerio de Salud y Superintendencia de Salud) como el nivel territorial (Direcciones Departamentales y Municipales de Salud) cumplen un papel primordial en la dirección del Sistema a través de la estrategia de competencia regulada.

El esquema de aseguramiento introducido con la reforma para la atención de la salud individual a través de la afiliación de la población a EPS públicas y privadas, así como la prestación de servicios a través de IPS públicas y privadas, requiere regulación estatal para evitar que se vulneren los derechos de los usuarios, se generen inequidades, ineficiencias o se ponga en riesgo la calidad de los servicios.

El Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social son responsables de la supervisión de todo el sector y de la implementación de la reforma. La superintendencia Nacional de Salud es el organismo regulador específico que tiene la función de hacer cumplir las reglas y proteger a los usuarios, bajo parámetros de supervisión, control y sanción. Las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud, ejercen la regulación de la competencia en su respectiva jurisdicción como papel esencial en su función de dirección territorial del sistema con plena participación ciudadana.

A través del proceso de descentralización se ha dado una transferencia real de poder desde la Nación al Departamento y al Municipio. Las Direcciones de Salud Territoriales ya no dependen jerárquicamente del Ministerio de Salud como ocurría antes. Por el contrario, mantienen una relación entre iguales con coordinación y articulación.

### **Elementos Constitutivos de la Reforma**

- Marco Jurídico
- Derecho de los Ciudadanos a la Salud y el Aseguramiento
- Aumento de la Cobertura
- Función Rectora del Ministerio de Salud
- Separación de Funciones
- Descentralización
- Participación y Control Sociales

- Financiamiento y Gasto
- Oferta de Servicios
- Modelos de Gestión
- Recursos Humanos
- Calidad y Evaluación de Tecnologías”.<sup>6</sup>

## **Balance 10 años después de la reforma del sistema de salud Colombiano.<sup>7</sup>**

### 1. Universalidad: el mercado no es para todos

La ley 100 prometió que para el año 2001 existiría cobertura del aseguramiento en salud para toda la población. Al revisar las cifras se observa que en 1993 el porcentaje de cobertura era cercano al 23 por ciento; para el 2000 de 52,3 según la encuesta de hogares del DANE; y del 56 por ciento según el Ministerio de salud para el 2002; lo que muestra un signo positivo de la política pero que se ha quedado corto frente a la aspiración que se propuso.

Pero hay que diferenciar entre aseguramiento y acceso. Respecto de la garantía del derecho a la salud, interesa el acceso real, que se relaciona con el uso efectivo de los recursos (tener un carné no garantiza acceso), aspecto que no se ha analizado suficientemente en el país, pero que al comparar las cifras de cobertura de aseguramiento, antes del 93 con las actuales se concluye que el seguro ha disminuido con la reforma.

Al desagregar la información de la cobertura por regiones se ve que el mayor porcentaje está en las grandes ciudades. El último informe del Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud, presentado al congreso ratifica el hecho. Los más apartados departamentos tienen menos del 50 por ciento de su población

---

<sup>6</sup> Escuela Superior de Administración Pública – Bogotá – Colombia. Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. [www.opas.org.br/servico/arquitos/](http://www.opas.org.br/servico/arquitos/) 1998; ( fecha de acceso diciembre 2004) ( fecha de actualización ).

<sup>7</sup> Torres, Mauricio. Le Monde diplomatique pp. 4-5 La seguridad Social en Colombia. Avanza la privatización de la salud. Edición Colombia Nov, 2003

NBI afiliada al régimen subsidiado, en relación a los departamentos más desarrollados que tienen mas del 90 por ciento.

En relación con las diferencias urbano-rurales, la encuesta de Calidad de Vida del DANE 1997, evidenció que mientras en el área urbana se llegaba a una tasa de afiliación del 60.9, de la cual el 21,4 correspondía al régimen subsidiado, en el área rural era apenas de 47,49 del total, de la cual el 76,6 estaba afiliada al régimen subsidiado.

Respecto a la universalidad, la ley 100, a pesar de aumentar coberturas de aseguramiento, muestra gran debilidad al no lograr lo prometido y evidenciar retrocesos en el acceso real a los servicios, situación que no mejorará en la medida en que el modelo se soporta en el empleo formal y hoy es más acentuado el trabajo informal.

## 2. Eficiencia: viva el monopolio privado, muera la salud

Vista la eficiencia como el uso adecuado de los recursos con los mejores resultados, se destacan en este aspecto las siguientes evidencias del desarrollo de la reforma a la seguridad social en salud. Uno de los efectos positivos más destacados por los defensores del modelo está en relación con el incremento de los recursos para el sector salud.

Se plantea que el total de recursos paso de 4,2 billones de pesos en 1994, a 13,9 billones en 2000, logrando el nivel más alto en 1999 (15,1 billones), lo que representa una tasa de crecimiento real de estos recursos del 39,1% entre 1994 y 2000, a pesar de los decrecimientos de 1998 (0,4%) y 2000 (15,7%).

Estos recursos representaron el 6,3% del PIB en 1994, y el 8,2 en 2000 (durante 1997 y 1998 fue de 9,3% del PIB, y en 1999 de 10,2). Por su parte, el gasto público en salud, como porcentaje del PIB, paso del 3,3 en 1994 al 4,5 en 2000, y el gasto privado del 3% al 3,7 para tales años, respectivamente.

Al contrastar el aumento de los recursos con los efectos que han debido producir, se tiene que el nivel del aseguramiento ha crecido, pero actualmente el 46 por ciento de la población está sin acceso a los servicios de salud básica.

Al mirar los porcentajes de inversión de las EPS en el 2000 se encontró que gastaron el 50,2 por ciento de sus ingresos en la prestación de servicios de atención, mientras en servicios de prevención y promoción solo invirtieron el 3%; el resto se fue hacia la inversión de capital, infraestructura y patrimonio, entre otros.

Analizando las cifras financieras de los hospitales públicos, se halla que a fines de 1998 su déficit financiero era de U\$\$ 250 millones; un año después se incremento a U\$\$ 600.

Explicando esta situación, una de las causas más notables se ubica en la deuda acumulada de las ARS con los hospitales. Según la Superintendencia Nacional de Salud, la deuda llegaba a mediados del 2000 a unos U\$\$ 200 millones; el promedio de mora en el pago de deudas era de 270 días.

El cambio central del esquema de financiamiento, yendo del subsidio de oferta al de demanda, exigió a la red pública generar sus propios recursos para sostenerse con la venta de servicios, lo que aumento las dificultades para la mayoría de las instituciones, llevándolas al cierre (Hospitales universitarios de Cartagena, San Juan de Dios de Bogota).

La situación es similar para las instituciones Públicas de Seguridad Social (ISS, Cajanal, Caprecom), en cuanto han disminuido drásticamente sus ingresos, por un lado al perder afiliados que captan las EPS privadas (el ISS en 1996 contaba con 10 millones de afiliados; en 2002 con solo 3,5 millones de afiliados, mientras las privadas, en 1996, tenían cerca de 3,5 millones de afiliados, y para el 2002 ya eran cerca de nueve millones de afiliados).

Por otro lado, y por diversos mecanismos, los pacientes con enfermedades de alto costo resultan no afiliados a las EPS privadas.

Respecto de los efectos de la ley 100, es el resultado es desalentador, dándole énfasis al modelo de atención a la enfermedad. Por tanto se abandonan los programas de promoción y prevención. A programas de atención a la malaria, la fiebre amarilla y la tuberculosis, se les disminuye su presupuesto, conduciendo al cierre de los mismos (Servicio de Erradicación de la Malaria). El programa ampliado de inmunizaciones, reconocido mundialmente, se debilita, reduciendo las tasas de cobertura de vacunación a niveles riesgosos, lo que de hecho genera la reemergencia de enfermedades infectocontagiosas.

Como efectos de esta política, se puede señalar que para el periodo 1995-2000 el dengue clásico registro un promedio anual de 30.232 casos, con una tasa a mitad de periodo de 75,6 por 100.000 habitantes; el dengue hemorrágico un promedio anual de 2.758 casos; la fiebre amarilla un total de 21 casos; el sarampión, 3.672 casos sospechosos. La tasa promedio de tuberculosis pulmonar fue de 12 por 100.000, y el promedio anual de casos de malaria ya casi llega a 100.000.

Sobre la calidad de los servicios, se hallan aspectos destacables. Una reciente investigación de la Defensoría del pueblo detectó en la evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado un incumplimiento de estas instituciones en promoción y prevención, ya que el 64 por ciento de los encuestados (de una muestra de 3.586), manifestó no haber sido invitado a ningún tipo de programa. Esto llama la atención por cuanto existen recursos suficientes para esos campos definidos por la propia ley, que para el caso del Régimen contributivo fueron de \$ 160 mil millones en 2001.

En cuanto a la información del Sistema General de Seguridad Social en Salud a los usuarios, la investigación encontró igual precariedad, calificándola con 5,3 de 10, tomando en cuenta que el 36,9 por ciento de los usuarios, no se le da a conocer la red de prestadores de servicios, al 39,3 no se le informa de los servicios a que hay derecho.

Esto contradice a los defensores del modelo, quienes plantean que el mercado genera eficiencia y calidad a partir de la libre escogencia del usuario, lo cual no se puede desarrollar adecuadamente si no hay información pertinente y oportuna.

Respecto de la oportuna atención de urgencias y entrega de medicamentos también se rajan las EPS y ARS en la evaluación, situación ratificada por las acciones de tutela de los ciudadanos, evidenciada en el análisis del conjunto de acciones interpuestas por la Defensoría del Pueblo en 1999, en que la mayoría de acciones se obro por negación de servicios (52,6%), falta de oportunidad en el tiempo de atención (31,5), y no entrega de medicamentos (9,1).

Los datos hacen concluir que la eficiencia del modelo también se cuestiona, como reflejo de la lógica interna del modelo. Por un lado, atención a la enfermedad como bien privado a cargo de las aseguradoras (donde esta el negocio), que genera las inequidades propias del mercado y un marginamiento de la promoción y la prevención; de otro lado acciones de salud pública como bien colectivo a cargo del Estado (no rentables) y que se han debilitado por el cambio de rol de este y la crisis de las instituciones públicas de salud, encargadas de desarrollarlas. Ineficiencia reflejada en mayor disponibilidad de recursos económicos pero con menor acceso a la garantía del derecho a la salud y aumento de las arcas de las instituciones intermediarias (EPS y ARS); deterioro de las condiciones de salud de la población, reflejado en la regresividad de diversos indicadores de salud e igual deterioro en la calidad de la prestación de los servicios de salud.

### 3. Equidad: a lo Hood Robin

Entendida la equidad como que cada uno aporta según sus capacidades y cada uno recibe según sus necesidades, se puede decir que los datos también rajan en este aspecto a la ley, a pesar de la mención recibida en el informe OMS 2000, que situó al sistema de salud colombiano en el primer puesto mundial de equidad financiera.

Para el 2000 el total de población pobre por NBI era de unos 16 millones, de los cuales solo el 59,8 por ciento estaba afiliado al régimen subsidiado.

Al observar los denominados gastos de bolsillo, se observan discriminaciones de índole económica, ya que mientras los hogares en que los jefes pertenecen a regimenes especiales gastan el 5,7 por ciento de su ingreso, los del régimen subsidiado gastan el 14, y los no afiliados (vinculados), en el 12,4%.

En relación con el uso efectivo de los servicios de salud, las razones más frecuentes para no acudir a estos tienen que ver con los costos que generan, bien por las cuotas moderadoras y los copagos en el régimen contributivo, bien por el pago porcentual (costo de los servicios en el régimen subsidiado).

El Ministerio de Educación, en un estudio de 1995, planteo que el 47,5 por ciento de la población (estratos 1 y 2) en nueve ciudades colombianas no utilizan servicios, aduciendo en un 66 por ciento de los casos, la falta de dinero es la razón para no usar los servicios.

Las inequidades también se expresan en diferencias por regiones y entre zonas urbanas y rurales, por genero (al desagregar el aseguramiento por sexo, los hombres afiliados al sistema son el 60,9 por ciento y las mujeres el 39,1), por régimen de afiliación (el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado ofrece menos servicios que el contributivo), por edad y condición cultural entre otras.

El modelo de salud orientado por la lógica del mercado, origina inequidades consustanciales, estableciendo diferencia de beneficios y calidad al establecer salud para ricos (medicina prepagada<sup>9</sup>, salud para trabajadores (régimen

contributivo) y salud para pobres (régimen subsidiado), excluyendo a un importante sector de la población (vinculados)".

## **El Derecho a la Salud**

El reconocimiento de la salud como derecho se remonta a la carta de la constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946 al plantear que el goce máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin ningún tipo de distinción y a la declaración universal de los derechos humanos acordada en 1948, que en su artículo 25 dejó planteado que toda persona tiene derecho a un nivel adecuado que le asegure salud y bienestar. En Colombia la constitución política le da énfasis a la salud de Servicio público; sin dejar explícito en el texto constitucional el reconocimiento de ella como un derecho humano. La situó mas bien como un derecho prestacional y contractual que como integral y fundamental.<sup>8</sup>

El derecho a la salud se encuentra desde el punto de vista teórico ubicado en el conglomerado denominado de segunda generación o derechos económicos, sociales y culturales y tiene como condición indispensable para hacerlo operativo, la existencia de un estado que garantice el desarrollo de una serie de instituciones, normas y procedimientos que lo hagan posible.

Las características principales del Derecho a la salud parten de su condición de derecho continuo, es decir que los individuos son titulares del mismo desde el inicio de la vida hasta el fin de ella.

El derecho a la salud adquiere su condición de fundamental porque es inherente a la dignidad de la persona humana en tanto que constituye parte integral de su ser y ese carácter fundamental emerge de su relación con el

---

<sup>8</sup> Paredes, Natalia. Derecho a la salud. Su situación en Colombia. GTZ-CINEP. Bogotá. Enero de 2003.

derecho a la vida pues al ser una parte integrante de ese derecho, la salud adquiere su mismo carácter.<sup>9</sup>

Se podría hablar del derecho a la atención en salud de manera aislada, pero de qué le sirve a un ciudadano tener derecho a la atención en salud, si a la vez no tiene garantizados derechos fundamentales como los derechos a la vida y al trabajo, vulnerados en Colombia de manera permanente, si no tiene garantizada la protección a su vida y si logra sobrevivir no tiene la posibilidad de serle útil a la comunidad mediante el desempeño de una actividad que le permita realizarse como ser humano integrante activo de una comunidad.

El Estado no puede desentenderse de esta perentoria obligación constitucional. El Ministerio de Salud debe ser el eje del sistema, respondiendo por la aplicación de las políticas estatales, orientando las actividades, vigilando las tendencias epidemiológicas, coordinando la atención de los eventos catastróficos y articulando acciones con el sector educativo en la formación de los recursos humanos, con las calidades necesarias, en la cantidad y distribución apropiadas.<sup>10</sup>

## **El derecho a la salud de los desplazados en Colombia**

“Colombia es uno de los países donde continúa aumentando el número de personas desplazadas internas cuya situación no ha mejorado, puesto que persiste la brecha entre el reconocimiento formal de sus derechos y la aplicación efectiva de políticas y programas.

La obligación estatal de proteger a la población desplazada incluido su derecho a la salud fue reconocida en el País a partir de la aprobación de la ley 387 de 1997.

En los últimos años esta ley ha sufrido un retroceso, debido a que las normas reglamentarias expedidas por el gobierno, introdujeron complejos procedimientos

---

<sup>9</sup> Giraldo, Juan Carlos. Ejercicio del derecho a la salud en Colombia. Defensora del pueblo. Bogota. 2000.

<sup>10</sup> YEPES PARRA, Antonio. **El derecho a la salud: La necesidad de repensar los derechos sociales.** <http://scielo.sld.cu/scielo.1999>; ( Fecha de acceso: diciembre 2004) ( fecha de actualización: )

y requisitos que las personas desplazadas están obligadas a cumplir si aspiran a disfrutar de algún servicio de salud.

Mediante la expedición del decreto 2131 del 2003 el gobierno colombiano continuo la reforma de la normatividad, lo cual ha significado mayores obstáculos para que las personas desplazadas puedan disfrutar del derecho a la salud; ya que busca incluir a esta población en el esquema de atención de la población general, eliminando muchos de los elementos que favorecían formalmente las particulares condiciones de los desplazados.<sup>11</sup>

### **TLC y Acceso a Medicamentos**

La falta de acceso a los medicamentos constituye un problema social mucho más grave de lo que comúnmente se cree. Más del 80% de la producción mundial de medicinas se consume en los países ricos, paralelamente, cerca de un tercio de la población mundial, 2000 millones de habitantes carece de acceso a medicamentos esenciales.

Como resultado de esta carencia cada día mueren en el mundo más de 30,000 personas de enfermedades curables. Más de 90% de estas muertes ocurren en el mundo en desarrollo.

Latinoamérica no es ninguna excepción ya que más de 121 millones de personas están excluidas de los bienes de salud. En estos países un rango entre el 50 y 90% es pagado del bolsillo del consumidor en contraste con los países de altos ingresos, donde 2/3 partes de los medicamentos son pagados mediante los ingresos del gobierno y los programas de seguridad social.

Las principales barreras de acceso a los medicamentos en el ALCA se encuentran en:

- Otorgamiento de patentes de segundo uso.
- Otorgamiento de patente a los cambios menores de sustancias conocidas

---

<sup>11</sup> BUSTILLO, Juan Manuel. El derecho a la salud de los desplazados en Colombia: entre la formalidad y la realidad. [www.migracionesforzadas.org/](http://www.migracionesforzadas.org/) (fecha de consulta: Diciembre 2004) ( Fecha de actualización: ).

- Restricciones al otorgamiento de licencias obligatorias
- Restricción de importaciones paralelas
- Extensión de patentes mas allá de 20 años . mientras en Estados Unidos esta establecido que en ningún caso el plazo establecido de una patente pueda ser superior a 14 años.
- Patentamiento de plantas y animales
- Patentamiento de Métodos de Diagnósticos, Terapéuticos y quirúrgicos.

En Colombia, cerca de 20 millones de personas no tienen acceso a medicamentos, porque no pertenecen al sistema de seguridad social en salud o pertenecen pero no pueden pagar las medicinas que el sistema no suministra; las cuales según estudio reciente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) representan alrededor del 40% de las prescripciones.

Un estudio de Fedesarrollo estableció que una sola de las normas que quieren imponer en propiedad intelectual aumentaría en 61% los precios de los medicamentos y tendría un costo social de más de US \$777 millones al año. Ese estudio muestra el grave impacto de estas normas sobre la salud de los colombianos, y aún sobre la balanza de pagos y la economía del país. Buscando desestimar ese impacto, un alto miembro del equipo negociador colombiano afirmó que el ministerio de Comercio había descubierto que "esta cifra es producto de un descalabro metodológico por parte de Fedesarrollo... como jamás se ha visto en la historia de la consultoría colombiana", y que Fedesarrollo haría "los correctivos necesarios". Fedesarrollo revisó su estudio y ratificó la cifra.

No se trata de desconocer la propiedad intelectual, se trata de impedir la creación de nuevos obstáculos al acceso ideados por la industria transnacional con el único propósito de fortalecer su posición dominante en el Mercado e incrementar utilidades sin importar el costo social para los países pobres.

Esta bien proteger la propiedad intelectual ¿pero hasta donde debe protegerse?, hasta el punto que la misma no termine representando costos sociales más altos que los beneficios generados por ella. Hasta tanto no se termine convirtiendo en fuente de negación de Derechos fundamentales como el Derecho a la Vida y a la Salud.”<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> HOLGUIN, German. TLC: ACCESO A MEDICAMENTOS Y SALUD. [www.bogota.gov.co/bogota/galeria/German%20Holguin.pdf](http://www.bogota.gov.co/bogota/galeria/German%20Holguin.pdf) 2004. ( fecha de consulta: Diciembre 2004) ( Fecha de actualización: 9 de Diciembre 2004).

## **VII). DISEÑO METODOLÓGICO**

### **a) Tipo de estudio:**

Descriptivo de corte transversal.

### **b) Área geográfica de estudio:**

El estudio se realizó en las zonas rurales de los departamentos del Meta y el Chocó Colombia 2005, porque es en estos lugares donde desarrolla sus proyectos de intervención Médicos del Mundo.

### **c) Universo:**

Poblaciones rurales de los municipios donde tiene sus proyectos de intervención Médicos del Mundo Francia.

### **d) Muestra:**

En ambos casos se determinó un tamaño muestral que permitiera describir el acceso a los servicios de salud de quienes percibieran enfermedad en las últimas dos semanas (el cual es del 20% aproximadamente en poblaciones marginales (ref. Gaviria MB, Gómez J, Echeverri LE, Olaya A, Peñaranda F, Arias S. Análisis de la población desplazada u no desplazada en Medellín, 2002. OPS/OMS, Universidad de Antioquia 2003). Se trabajó en el programa estadístico EPIDAT con un error máximo permitido de 5% y una confiabilidad del 95%, lo que determinó un tamaño muestral de 240 para cada zona, se aplicó un sobre muestreo de 8% con un total de 270 sujetos necesarios en cada zona. Se diseñó una estrategia de muestreo simple aleatorio.

### **e) Unidad de Análisis:**

Mujeres y hombres beneficiarias (os) de los proyectos de intervención de MDM y que habitan en las comunidades en estudio.

**f) Criterios de inclusión:**

Para el Meta:

- Que tenga residencia en las comunidades de estudio.
- Mujeres en edad reproductiva.
- Beneficiarias del proyecto Materno infantil.

Para el Medio Atrato:

- Que tenga residencia en las comunidades de estudio.
- Mujeres y hombres mayores de 12 años.
- Beneficiarias (os) del proyecto atención Médica y Saneamiento básico.

**g) Fuentes de información:**

Primaria.

Población que recibió atención médica de los equipos de MDM

Población que vive en las comunidades beneficiarias de los proyectos de MDM.

Secundaria.

Registros.

**h) Variables.**

- Zona
- Vereda
- Edad
- Género
- Etnia
- Analfabetismo
- Escolaridad
- Ocupación
- Ingreso
- Número de personas en la familia
- Desplazado
- Aseguramiento

- Unidad de salud que visita
- Servicios que más usa
- Medio de transporte
- Tiempo de transporte
- Costo de transporte
- Seguridad al desplazarse al servicio de salud
- Negación de la atención medica
- Razón por la que ha negado la atención medica
- Enfermedad en las ultimas 2 semanas
- Visitó una unidad de salud
- No. Visitó, porque
- No. Visitó, que hizo para aliviarse
- Si Visitó, fue atendido
- Servicio en que fue atendido
- Costo de la atención
- Le dieron medicamentos
- Tipo de tratamiento
- Que hacen cuando no son atendidos
- Principal problema para no acceder a los servicios de salud
- Conocimientos de sus derechos

**i) Trabajo de Campo:**

Se visitaron seis comunidades en el Meta y 10 en el Medio Atrato para realizar este estudio.

**j) Instrumentos de recolección de la información:**

Se diseño un cuestionario, para evaluar aspectos sociodemográficos, de acceso potencial y acceso real a los servicios de salud. Este cuestionario fue validado con 20 pacientes, posteriormente se le realizaron los ajustes.

También se elaboró una entrevista cualitativa semi-estructurada dirigida a los mismos beneficiarios.

Los cuestionarios fueron sistematizados en una base de datos en Microsoft Access, diseñada con campos cerrados y validaciones para evitar errores de digitación. Así mismo los testimonios fueron digitados en Microsoft Word para su posterior análisis.

**k) Procesamiento y análisis de la información:**

El análisis estadístico se realizó con apoyo del programa SPSS versión 11,0. A las variables cuantitativas se les determinó el valor mínimo y máximo, la media, mediana, y desviación estándar; mientras a las cualitativas la frecuencia absoluta y porcentaje. El análisis se realizó independiente para cada caso (Meta y Atrato) y se organizó, primero, describiendo las características sociodemográficas, luego las de acceso potencial, y por último, las de acceso real general y por tipo de afiliación al sistema de salud colombiano.

## VIII). RESULTADOS

### Características Sociodemográficas de la población

- El total de la población estudiada fue de 540 personas, para el Caso Meta se contó con una muestra de 263 personas, y en el Caso Medio Atrato 277 personas, beneficiarias del proyecto de médicos del mundo en la zona.
- En el caso meta el 100% son mujeres, beneficiarias directas del proyecto materno infantil. Y en el Atrato el 53.8% son mujeres y el 46.2% hombres.
- Las dos poblaciones son jóvenes con una media de 28 años en el Meta y de 37 años en el Atrato.
- El 99.6 % de las participantes en el meta son mestizas, sin embargo en el atrato predominan los indígenas 47.7% y afro colombianos 41.5% y solo el 10.8% mestizos.
- El porcentaje de analfabetismo es mucho mas alto en el atrato 44%, que en el Meta 6.5%, el nivel de escolaridad es muy bajo en ambos grupos poblacionales, en el Meta solo el 8.7% tiene educación secundaria y en el Atrato solo el 5.4%. (Ver Anexos cuadro N° 1)
- Con respecto a la ocupación, en el Meta el 90% se dedica al hogar, mientras en el atrato el 65.2% agricultores y el 28.1% a oficios del hogar.
- En ambos casos las características en términos de educación y empleo nos permiten pensar en un menor acceso y utilización de los servicios de salud, ya que un individuo con mayor nivel educativo podría conocer más sobre la disponibilidad de recursos y la forma de beneficiarse de ellos.

- El número de personas por familia, es mayor en el Atrato, con una media de 5.7 por hogar y 4.7 en el Meta.
- En cuanto al ingreso económico mensual de las familias, se observa en el Atrato el menor porcentaje de ingresos 49.1% mientras que en el Meta el 91.3% reportaron algún ingreso. El promedio de ingreso mensual por familia fue mucho más bajo en el Atrato, \$ 50,934.5, en el meta \$205,790. Es claro entonces que este bajo nivel de ingresos, tiene una incidencia en la utilización de los servicios. La gran mayoría en ambos grupos poblacionales se encuentran en la línea de pobreza absoluta e indigencia, pero el porcentaje más alto se observa en el Atrato con un 95.6%. (Ver Anexos cuadro N° 2)

### **Descripción del acceso potencial a los servicios de salud**

- En relación al tiempo y costo de transporte, ambas poblaciones, tienen que trasladarse de grandes distancias y por tanto mayores costos, pero se observo más dificultades en el Atrato, donde el promedio de transporte es de 63 horas y un costo promedio de transporte de \$52,524 (Ver Anexos cuadro N° 3)
- En el Meta el tipo de transporte utilizado para ir al centro de salud el 46.4% Automotor, el 29.8% Caminando, y el 23.4% a caballo. En el Caso Atrato el tipo de transporte utilizado para ir al centro de salud es Bote con Motor 62.6%, Champa (canoas con remos) 25.9% y Caminando el 11.5 %.
- Ahora en lo que se refiere a las condiciones de seguridad al desplazarse hacia el centro de salud en el Meta el 70.2% se siente seguro, sin embargo en el Atrato un 55.6 no se sienten seguros.
- El desplazamiento por el conflicto, se observa en ambos grupos poblacionales sin embargo es más el número de personas desplazadas y eventos de desplazamientos en el Atrato, donde el 83.3% de las personas ha sufrido

desplazamiento alguna vez y el 39.6% fueron desplazadas hace 1 mes. (Ver Anexos cuadro N° 4)

- La población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud fue Meta 65.4% y Atrato 61.4%. (Ver Anexos cuadro N° 5)
- De los no afiliados en el Atrato 38% refiere que la razón por la que no tiene ningún documento para recibir atención medica es “que no ha salido beneficiario, el 28% esta en tramites, y al 16% no le sirve el documento (vencido) por tanto no goza del subsidio.
- Y en el Meta el 58% refiere que no tiene documento para asistir a la consulta porque no ha salido beneficiario, el 10.1% por desinformación/desconocimiento y el 8.7% esta en tramites el documento. (Ver Anexos cuadro N° 6)
- En ambos casos la gran mayoría no conoce los derechos que tienen en el plan obligatorio de salud, POS y en el plan de atención básica, PAB.93.8% en el Meta y 90.6% en el Atrato.
- El servicio de salud más utilizado en ambos casos fue consulta externa 79.8% y 66.5% Meta y Atrato respectivamente.
- Un 14.6% pacientes del Meta si refieren Negación de la atención en un servicio de salud y en el Atrato un 33.1%.
- Las principales causas de rechazo fue no estar afiliado 38.9% en el meta y Falta de personal medico en el atrato. (Ver Anexos cuadro N° 7)

## Descripción del acceso real a los servicios de salud

- La percepción de atención médica por algún familiar en el último mes fue de 43.3% en el Meta y 56.5% en el Atrato.
- En ambos casos un gran porcentaje buscaron ayuda asistencial 75.4% en el Meta y 73.1% Atrato.
- Los que no visitaron el sistema formal de salud en los dos casos argumentaron como principal causa la falta de dinero. (Ver Anexos cuadro N° 8)
- El 2.3% y 7.0%, Meta y Atrato que buscaron asistencia médica recientemente les fue negada.
- Las personas que tuvieron necesidad de atención y utilizaron los servicios, no recibieron los medicamentos un 30.1% y 18.9% Meta y Atrato respectivamente. De los pacientes que recibieron su medicamentos estos fueron incompletos 43.1% en el Meta y un 44.2% en el Atrato. (Ver en Anexos Cuadro # 9)
- El costo por atención médica es más alto en el Meta que en el Atrato, con un promedio de \$41,967 y \$13,771 Meta y Atrato respectivamente. (Ver Anexos cuadro N° 10)
- De la población afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud que sintieron necesidad de atención médica en el último mes, 43% Meta y 53.8% Atrato.
- No visitaron el sistema formal de salud, el 21.6% en el Meta y el 26.4% en el Atrato.
- La principal razón fue la falta de dinero en ambos casos, 56.3% y 70.8% Meta y Atrato respectivamente. (Ver Anexos cuadro N° 11)

- De los afiliados que visitaron el centro de salud, no recibieron sus medicamentos el 28.6% en el Meta y un 21.3% en el Atrato.
- De los que recibieron sus medicamentos un 35% y 39.6% Meta y Atrato los recibieron incompletos.
- En ambos grupos poblacionales los no afiliados tienen los porcentajes más altos de tratamientos incompletos. (Ver Anexos cuadro N° 12)
- En cuanto al costo entre afiliados y no afiliados se observó que los que no están asegurados el costo promedio de la atención médica es más alta, \$91,700 y \$28,173 Meta y Atrato respectivamente. (Ver Anexos cuadro N° 13)

## IX). ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La información recogida en el presente estudio proviene de comunidades rurales del departamento del Meta, y el Medio Atrato (incluye veredas del departamento del Chocó y Antioquia), que por sus características geográficas económicas sociales y culturales requieren una atención especial.

Ambas poblaciones son jóvenes el promedio de edad, 28.3 y 37.3 Meta y Atrato respectivamente. Estas poblaciones se encuentran en una edad económicamente productiva.

La distribución por género en el Meta el 100% son mujeres, pero en el Atrato 53.8% mujeres y 46.2% hombres, por cada 100 mujeres había 85 hombres, una proporción más baja que el promedio del País que era de 98 hombres por cada 100 mujeres en el 2003.<sup>13</sup>

El número de personas promedio en el hogar fue menor en el Meta que en el Atrato 4.7 y 5.7 Meta y Atrato respectivamente. Sin embargo un poco más alto que el promedio de hogares colombianos de la zona urbana. 4.1<sup>14</sup>

El porcentaje de analfabetismo es significativamente mayor en la población del Atrato, 44% que en el Meta, 6.5%. La cual duplica la del país zona rural para el año 2000 (21.0%)<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> Colombia - DANE. Proyecciones anuales de población por sexo y edad 1985 – 2015. [http://www.dane.gov.co/inf\\_est/series\\_proyecciones.htm](http://www.dane.gov.co/inf_est/series_proyecciones.htm). 2004; (Fecha de acceso: Abril 2005) ( Fecha de actualización: ).

<sup>14</sup> . Profamilia. Salud Sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogota: Profamilia; 2000.

<sup>15</sup> Colombia – Ministerio de Educación. Matricula, docentes y establecimientos. [www.mineduccion.gov.co](http://www.mineduccion.gov.co). 2000; ( fecha de acceso: Diciembre 2004) ( Fecha de actualización: ).

El nivel de escolaridad también es bajo en ambos grupos poblacionales solo el 8.7% del Meta tiene educación secundaria, y el Atrato solo el 5.4%, es importante señalar que esto los hace más vulnerables, ya que en términos de educación un mayor nivel se asocia positivamente a un mayor nivel de ingresos y mayor utilización y compra de servicios.

Las dos poblaciones viven en situación de extrema pobreza, Meta 77% y Atrato 95.6% proporción mucho más elevada que la del País para el año 2000 (59.80%)<sup>16</sup>, es de esperarse pues que estas poblaciones no cuenten con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas.

Ambas poblaciones tienen poca accesibilidad geográfica determinada por vías de comunicación en mal estado, y en la mayoría de casos con la inexistencia de un transporte vehicular (terrestre para el Meta y fluvial para el Atrato) que facilite el traslado de estas comunidades rurales a los servicios de salud del sistema y además todo lo anterior y las grandes distancia (19 horas de viaje) hace que los costos de de transporte sean muy altos.

Ambas poblaciones son victimas del desplazamiento forzado por el conflicto armado como fenómeno social, pero la población del Atrato es la más afectada, 83.3%. se estima que en Colombia entre 1985 y 2004 mas de 3.400.000 fueron desplazadas por la violencia.<sup>17</sup>, produciendo un impacto negativo en las condiciones de vida de estas poblaciones que por lo general son de extrema pobreza.

Se encontró en el estudio que el 65.4% y 61.4% de la población del Meta y el Atrato respectivamente, tenían afiliación al sistema de seguridad social. En Colombia para el año 2001 la cobertura poblacional potencial afiliada al sistema

---

<sup>16</sup> DNP. Sistema de Indicadores Básicos No. 30 Coyuntura Económica e Indicadores sociales. Pag. 19, 25, y 30.

<sup>17</sup> OPS/OMS. Salud y desplazamiento en Colombia. OPS/OMS. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. 2005.

general de seguridad Social era de 56.70%.<sup>18</sup>, si bien ambos grupos están por encima del promedio del país no es lo que promulgo la ley 100/93 que para el 2001 las coberturas de aseguramiento llegarían al 100% en Colombia.

Con respecto al acceso real de los servicios se encontró que quienes sintieron necesidad de atención médica, más del 70% en ambos grupos buscaron ayuda asistencial, pero se observó que los afiliados al sistema acudieron más que los que no tienen seguro.

De los que no buscaron atención médica, tanto afiliados como no afiliados la principal razón para no hacerlo fue la falta de dinero, lo que sugiere que la afiliación al Sistema o portar un carnet no es suficiente para garantizar el acceso real a los servicios de salud.

Al 3.6% y 4,3% de personas no afiliadas que solicitaron asistencia médica reciente, Meta y Atrato les fue negada, pero se observó que el 9% de pacientes afiliados en el Atrato, no los atendieron.

Es preocupante el problema de acceso a los medicamentos, en ambos casos el suministro de medicamentos fue inferior en la población no afiliada al sistema. Sin embargo los afiliados que por ley tiene derecho el 28.6% y 21.3% Meta y Atrato. No recibieron sus medicamentos.

También se observa que de los que recibieron sus medicamentos, en ambos grupos el 50% y más de los no afiliados al Sistema, los recibieron incompletos. Pero es importante señalar que de los asegurados por los que el estado paga a las aseguradoras no recibieron su tratamiento completo un 35% y 39.6% Meta y Atrato respectivamente, en Latinoamérica 22 de los 33 países tienen seguro para los medicamentos y solamente cubren en promedio el 45% de la población, es decir la inmensa mayoría no cuenta con acceso a los

---

<sup>18</sup> Ministerio de Salud. Dirección de Aseguramiento 2001

medicamentos. Colombia tampoco es la excepción porque cerca de la mitad de la población no esta dentro del sistema de salud y obviamente no tienen dinero para pagar de sus bolsillos los medicamentos, pero aun los que están dentro del sistema tampoco tienen acceso a medicamentos porque de acuerdo a un estudio de la organización panamericana de la salud, el 40% de las prescripciones no son atendidas por el sistema (Acceso a medicamentos y salud. German Holguín)<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> HOLGUIN, German. TLC: ACCESO A MEDICAMENTOS Y SALUD. [www.bogota.gov.co/bogota/galeria/German%20Holquin.pdf](http://www.bogota.gov.co/bogota/galeria/German%20Holquin.pdf) 2004. ( fecha de consulta: Diciembre 2004) ( Fecha de actualizacion: 9 de Diciembre 2004).

## **X). CONCLUSIONES**

- Las características socio demográficas mas relevantes de la población en estudio fueron que la población estudiada en el caso Meta eran todas mujeres, en el Atrato significaron un poco mas de de la mitad, con un promedio de 28 años, siendo la mayoría mestizas, un numero significativos de indígenas y afro colombianos, los mestizos no significaron mayor representatividad. El nivel de escolaridad en ambos grupos fue muy bajo solamente una minoría obtuvo educación secundaria; la ocupación mas importante fue de oficios del hogar y agricultura. El promedio de ingreso mensual por familia fue bajo, menos de 22.00 Dólares Americanos, teniendo como resultado que la mayoría de dicha población se encuentra en la línea de pobreza extrema e indigencia.
- El acceso potencial a los servicios de salud es menor en poblaciones que viven en zonas rurales, donde la ubicación de las fuentes proveedoras de salud no es accesible en términos de distancia, postergadas, con falta de personal medico, insumos y medicamentos, por lo tanto con un bajo nivel de resolución de sus problemas de salud, evidenciando que estar asegurado no promueve el acceso a los servicios de salud.
- El acceso real de los individuos no afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud tienen los costos de atención medica mas altos, ya que tienen que pagar su consulta de manera privada y asumir los gastos de exámenes de laboratorio y pago de medicamentos. Aunque la cobertura de afiliación al Sistema general de Seguridad social en Salud y la búsqueda de atención medica no fue baja; no todos son atendidos, ni la utilización de los servicios es efectiva, porque reciben la consulta medica pero salen sin medicamentos o los obtienen parcialmente.

## **XI). RECOMENDACIONES**

### **Al Estado Colombiano**

- Cumplir, en su calidad de suscriptor del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), las obligaciones contraídas en el componente de Garantía del derecho a la salud.
- Que el Estado de Colombia asuma la Salud de esas poblaciones postergadas, vulnerables y en situación de extrema pobreza, eliminando las aseguradoras intermediarias, y fortaleciendo la red pública hospitalaria existente en la Zona.
- Reorientar las políticas sociales, con el objeto de garantizar el acceso real a los servicios de salud de estas poblaciones.
- Se garantice el acceso a los servicios de salud por el solo hecho de ser ciudadano colombiano.

### **A los organismos de vigilancia y control**

- Que cumplan efectivamente con las tareas de vigilancia y control de las instituciones de salud, en estas dos zonas de estudio; para que se protejan los recursos públicos de salud y se utilicen adecuadamente para la garantía del derecho a la salud de estas poblaciones.

### **A las Autoridades de Salud**

- Que vigilen el actuar de las Administradoras del Régimen Subsidiado en estas dos zonas controlando que estas aseguradoras efectivamente cumplan con las obligaciones que les impone la Ley.

- Dada las características socioeconómicas y de conflicto, se requiere fortalecer su presencia en la zona y la red pública hospitalaria.

#### **A las organizaciones no gubernamentales Nacionales e internacionales.**

- Que tengan mayor presencia en estas zonas y retomen y refuercen su interlocución con el Estado, para reclamar su presencia allí.

#### **A la Población de las Zonas de Estudio**

- Que fortalezcan sus lazos de solidaridad y de organización para que mejoren su interlocución con el Estado y las autoridades de salud, exigiendo se proteja y se garantice su derecho a la salud.

## **XII). BIBLIOGRAFIA**

1. Torres, Mauricio. Le Monde diplomatique pp. 4-5 La seguridad Social en Colombia. Avanza la privatización de la salud. Edición Colombia Nov, 2003.
2. Paredes, Natalia. La Salud Publica: “Entierro Definitivo” en Reelección: El embrujo Continua. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo Bogota. Enero de 2003.
3. Sánchez, Gonzalo. “Guerra prolongada y negociaciones inciertas en Colombia.” En violencia y estrategias colectivas en la región andina. Bogota Editorial Norma 2004.
4. Aday, Lu Ann, y Andersen Ronald (1983). Exploring dimension of access to Medical care. En: Health Services Research. Vol. 18(1):51
5. MSF- Reliefweb. El acceso a los servicios de salud en Colombia. <http://www.reliefweb.int/w/ 2002>; (Fecha de acceso: Noviembre 2004) (Fecha de Actualización: 31 de marzo de 2002).
6. Escuela Superior de Administración Publica – Bogota – Colombia. Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. [www.opas.org.br/servico/arquitos/](http://www.opas.org.br/servico/arquitos/) 1998; (Fecha de acceso diciembre 2004) (fecha de actualización).
7. Torres, Mauricio. Le Monde diplomatique pp. 4-5 La seguridad Social en Colombia. Avanza la privatización de la salud. Edición Colombia Nov, 2003
8. Paredes, Natalia. Derecho a la salud. Su situación en Colombia. GTZ-CINEP. Bogota. Enero de 2003.

9. Giraldo, Juan Carlos. Ejercicio del derecho a la salud en Colombia. Defensora del Pueblo. Bogota. 2000.
10. YEPES PARRA, Antonio. El derecho a la salud: La necesidad de repensar los Derechos sociales. <http://scielo.sld.cu/scielo.1999>; (Fecha de acceso: diciembre 2004) (fecha de actualización:)
11. BUSTILLO, Juan Manuel. El derecho a la salud de los desplazados en Colombia: Entre la formalidad y la realidad. [www.migracionesforzadas.org/](http://www.migracionesforzadas.org/) (fecha de Consulta: Diciembre 2004) (Fecha de actualización:).
12. HOLGUIN, German. TLC: ACCESO A MEDICAMENTOS Y SALUD. [www.bogota.gov.co/bogota/galeria/German%20Holguin.pdf](http://www.bogota.gov.co/bogota/galeria/German%20Holguin.pdf) 2004. (Fecha de Consulta: Diciembre 2004) (Fecha de actualización: 9 de Diciembre 2004).
13. Colombia - DANE. Proyecciones anuales de población por sexo y edad 1985, 2015. [http://www.dane.gov.co/inf\\_est/series\\_proyecciones.htm.2004](http://www.dane.gov.co/inf_est/series_proyecciones.htm.2004); (Fecha de Acceso: Abril 2005) (Fecha de actualización:).
14. Pro familia. Salud Sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogota: Pro familia; 2000.
15. Colombia – Ministerio de Educación. Matricula, docentes y establecimientos. [www.mineduccion.gov.co](http://www.mineduccion.gov.co). 2000; (fecha de acceso: Diciembre 2004) (Fecha De actualización:).
16. DNP. Sistema de Indicadores Básicos No. 30 Coyuntura Económica e Indicadores sociales. Pág. 19, 25, y 30.
17. OPS/OMS. Salud y desplazamiento en Colombia. OPS/OMS. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. 2005. Ministerio de Salud. Dirección de Aseguramiento 2001.

18. HOLGUIN, German. TLC: ACCESO A MEDICAMENTOS Y SALUD. [www.bogota.gov.co/bogota/galeria/German%20Holguin.pdf](http://www.bogota.gov.co/bogota/galeria/German%20Holguin.pdf) 2004. (Fecha de Consulta: Diciembre 2004) (Fecha de actualización: 9 de Diciembre 2004).
19. FIDH – MDM. Violaciones Flagrantes al derecho a la salud La salud entre Servicio público y privatización: un privilegio hoy... ¿un lujo mañana? El Salvador. 2004. 48p.

# ANEXOS

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

<b>Objetivo específico 1: Describir las características sociodemográfica de la población objeto de estudio.</b>		
variables	Nivel de Medicion	Categoría
Zona	Nominal	1. Meta 2. Medio Atrato
Vereda	Nominal	1.2.3.4...
Edad	Razón	Numero (años)
Genero	Nominal	1. Hombre 2. Mujer
Etnia	Nominal	1. indígenas 2. Afro colombianos 3. Mestizos
Analfabetismo	Nominal	1. Si 2. No
Escolaridad	Ordinaria	0. Ninguno 1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria completa 4. Secundaria incompleta. 5. Sin información
Ocupación	Nominal	Abierta
Ingreso	Razón	Numero (familiar mensual)
Numero de personas en la familia	Razón	Numero
Desplazado	Nominal	1. Si 2. No

<b>Objetivo específico 2: Describir las características del acceso potencial a los servicios de salud de la población objeto de estudio.</b>		
variables	Nivel de Medición	Categoría
Aseguramiento	Nominal	1. ARS 2. EPS. 3. SISBEN 4. Red de Solidaridad Social 5. Ninguno
Unidad de salud que visita	Nominal	Abierta
Servicios que mas usa	Nominal	1. Urgencias 2. Consulta externa 3. Laboratorio 4. Odontología 5. Otros
Medio de transporte	Nominal	
Tiempo de transporte	Razón	Numero (horas)
Costo de transporte	Razón	Numero
Seguridad al desplazarse al servicio de salud	Nominal	1. Si 2. No
Negación de la atención medica	Nominal	1. Si 2. No
Razón por la que han negado la atención medica	Nominal	Abierta

<b>Objetivo específico 3: Describir el acceso real a los servicios de salud de la población objeto de estudio.</b>		
Variables	Nivel de Medición	Categoría
Enfermedad en las ultimas 2 semanas	Nominal	1. Si 2. No
Visito una unidad de salud	Nominal	1. Si 2. No
No. Visito, Porque	Nominal	Abierta
No. Visito, que hizo para aliviarse	Nominal	1. Nada 2. Automedicación 3. Medicina tradicional 4. Otros
Si. Visito. fue atendido	Nominal	1. Si 2. No
Servicio en que fue atendido	Nominal	1. Urgencias 2.Consulta externa 3. Laboratorio 4.Odontología 5. Otros
Costo de la atención	Razón	Numero
Le dieron medicamentos	Nominal	1. Si 2. No
Tipo de tratamiento	Nominal	1. Tratamiento completo 2. Tratamiento incompleto
Que hacen cuando no son atendidos	Nominal	1. Nada 2. Automedicación 3. Medicina tradicional 4. Otros
Principal problema para no acceder a los servicios de salud	Nominal	Abierta
Conocimientos de sus derechos	Nominal	1. Si 2. No

**Cuadro N° 1**  
**Escolaridad de la población beneficiaria de los proyectos de MDM-F. Colombia. 2005**

ESCOLARIDAD		POBLACION	
		Meta	Atrato
Sabe leer y escribir	Si	93.5%	56%
	No	6.5%	44%
Nivel de escolaridad	Ninguno	7.2%	44.8%
	Primaria incompleta	37.3%	27.8%
	Primaria completa	30.4%	13.0%
	Secundaria incompleta	16.3%	9.0%
	Secundaria completa	8.7%	5.4%

Fuente: MDM-F. Misión Colombia. Estudio Acceso a la Salud.2005

**Cuadro N° 2**  
**Líneas de pobreza e indigencia en la población beneficiaria de los proyectos de MDM-F en Colombia.**

Línea de pobreza e indigencia	Meta		Atrato	
	N°	%	N°	%
Pobreza absoluta (<1USD/día)	203	77.2	263	95.6
Pobreza (<2USD/día)	47	17.9	9	3.3
No pobreza (>2USD/día)	13	4.9	3	1.1
Total	263	100.0	275	100.0

Fuente: MDM-F. Misión Colombia. Estudio Acceso a la Salud

**Cuadro N° 3**  
**Costos de transporte y tiempo invertido para asistir a los servicios de salud**  
**Población beneficiaria de los proyectos de MDM-F. Colombia 2005.**

	Costo del transporte				Tiempo del transporte	
	Meta		Atrato		Meta	Atrato
	Pesos	USD	Pesos	USD	Horas	Horas
Media	\$6,270	2.7	\$52,524	22.8	1.5 horas	63 horas
Mediana	0	0.0	10,000	4.3	1 hora	30 horas
Pc25	0	0.0	0	0.0	20 min.	10 horas
Pc75	6,000	2.6	80,000	34.8	2 horas	60 horas( 2.5 días)
Desviación estándar	14,617	6.4	71,809	31.2	1.7 horas	78.5 horas
Mínimo	0	0.0	0	0.0	0 min.	2.5 horas
Máximo	160,000	69.6			8 horas	96 horas

Fuente: MDM-F. Misión Colombia. Estudio Acceso a la Salud

**Cuadro N° 4**  
**Desplazamiento por el conflicto.**  
**Población beneficiaria de los proyectos de MDM-F. Colombia. 2005**

DESPLAZAMIENTO		POBLACION	
		Meta	Atrato
Ha sido desplazado	Si	13.4%	83.3%
	No	86.6%	16.7%
Fecha del desplazamiento	Ultimo mes	0.0%	39.6%
	>1mes-6meses	2.9%	43.0%
	>6meses-1 año	38.2%	0.4%
	>1 año	58.8%	17.0%

Fuente: MDM-F. Misión Colombia. Estudio Acceso a la Salud. 2005

**Cuadro N° 5**  
**Población beneficiaria de los proyectos de MDM-F. Colombia. 2005, afiliada al sistema de seguridad social en salud**

Afiliación	Meta		Atrato	
	N°	%	N°	%
Con Afiliación	172	65.4	170	61.4
Sin Afiliación	91	34.6	107	38.6
Total	263	100.0	277	100.0

Fuente: MDM-F. Misión Colombia. Estudio Acceso a la Salud. 2005

**Cuadro N° 6**  
**Razón por la que no tiene documento para recibir atención medica en el Sistema de Seguridad Social en Salud**

Razón por la que no tiene documento	Meta		Atrato	
	N	%	N	%
No ha salido beneficiario	19	38.0	40	58.0
Tramites	14	28.0	6	8.7
No sirve	8	16.0	4	5.8
Desinformación/desconocimiento	4	8.0	7	10.1
Traslado de ciudad	4	8.0	6	8.7
Otras razones	1	2.0	6	8.7
Total	50	100.0	69	100.0
No aplica	206		195	
Sin dato	7		13	
Total	231		208	
	263		277	

Fuente: MDM-F. Misión Colombia. Estudio Acceso a la Salud. 2005

**Cuadro N° 7**  
**Motivo por el cual no fueron atendidos en un servicio de salud.**  
**Población beneficiaria de los proyectos de MDM-F. Colombia. 2005**

RECHAZO		POBLACION	
		Meta	Atrato
Le han negado la atención	Si	14.6%	33.1%
	No	85.4%	66.9%
Motivo porque se niega la atención	No estar afiliado	38.9%	33.0%
	Rechazo del personal de salud	27.8%	4.5%
	Falta de personal medico	22.2%	47.7%
	Falta de dinero	11.6%	0.0%
	Falta de recursos técnicos y materiales	0.0%	14.8%

Fuente: MDM-F. Misión Colombia. Estudio Acceso a la Salud. 2005

**Cuadro N° 8**  
**Motivo por no acudir al sistema de salud formal. Población beneficiaria de los**  
**proyectos de MDM-F. Colombia.2005**

Razón	Meta		Atrato	
	N°	%	N°	%
Falta de dinero	16	57.1	25	59.5
No afiliado	2	7.1	5	11.9
Barreras geográficas y transporte	0	0.0	5	11.9
No quiso	4	14.3	4	9.5
Inseguridad al desplazarse	0	0.0	2	4.8
Disponibilidad restringida de los servicios de salud	6	21.4	1	2.4
total	28	100.0	42	100.0

Fuente: MDM-F. Misión Colombia. Estudio Acceso a la Salud. 2005

**Cuadro N° 9**  
**Suministro de medicamentos en el sistema de seguridad social en salud.**  
**Población beneficiaria de los proyectos de MDM-F. Colombia. 2005.**

MEDICAMENTOS		POBLACION	
		Meta	Atrato
Le dieron los medicamentos	Si	69.9%	81.1%
	No	30.1%	18.9%
Tipo de tratamiento	Tratamiento completo	56.9%	55.8%
	Tratamiento incompleto	43.1%	44.2%

Fuente: MDM-F. Misión Colombia. Estudio Acceso a la Salud. 2005.

**Cuadro N° 10**  
**Costo de la atención medica en el sistema formal de salud.**  
**Población beneficiaria de los proyectos de MDM- F. Colombia. 2005**

	Costo					
	Meta			Atrato		
Media	\$41,967	18.2USD	€	\$13,771	6.0USD	€
Mediana	\$2,500	1.1		0	0.0	
Pc25	\$0	0.0		0	0.0	
Pc75	\$29,500	2.8		3,725	1.6	
Desviación Estándar	\$108,344	47.1		72,655	31.6	
Mínimo	\$0	0.0		0	0.0	
Máximo	\$600,000	260.9USD		700,000	304.3USD	

Fuente: MDM-F. Misión Colombia. Estudio Acceso a la Salud. 2005

**Cuadro N° 11**

**Motivo por no acudir al centro de salud. Afiliados y no Afiliados al sistema de seguridad Social. Población beneficiaria de los proyectos de MDM- Colombia. 2005**

Razón por la que no visito el centro de salud	Afiliación al sistema de seguridad social			
	Meta		Atrato	
	Sin afiliación	Con afiliación	Sin afiliación	Con afiliación
Falta de dinero	58.3%	56.3%	44.4%	70.8%
No afiliado	16.7%	0.0%	27.8%	0.0%
Barreras geográficas y transporte	0.0%	0.0%	16.7%	8.3%
Disponibilidad restringida de los servicios de salud	25.0%	18.8%	0.0%	4.2%
No quiso	0.0%	25.0%	5.6%	12.5%
Inseguridad al desplazarse	0.0%	0.0%	5.6%	4.2%

Fuente: MDM-F. Misión Colombia. Estudio Acceso a la Salud. 2005

**Cuadro N° 12**

**Acceso a medicamentos. Afiliados y no Afiliados. Población beneficiaria de los proyectos de MDM-F. Colombia.2005**

MEDICAMENTOS		POBLACION			
		Meta		Atrato	
		Sin afiliación	Con afiliación	Sin afiliación	Con afiliación
Le dieron los medicamentos	Si	66.7%	71.4%	84.4%	78.7%
	No	33.3%	28.6%	15.6%	21.3%
Tipo de tratamiento	Completo	38.9%	65%	50%	60.4%
	Incompleto	61.1%	35%	50%	39.6%

Fuente: MDM-F. Misión Colombia. Estudio Acceso a la Salud. 2005

**Cuadro N° 13**  
**Costo de la atención medica por afiliado y no afiliado al sistema de seguridad social.**  
**Población beneficiaria de los proyectos de MDM-F. Colombia. 2005**

	<b>Afiliación al sistema de seguridad social</b>							
	<b>Meta</b>				<b>Atrato</b>			
	<b>Sin afiliación</b>		<b>Con afiliación</b>		<b>Sin afiliación</b>		<b>Con afiliación</b>	
	<b>Pesos</b>	<b>USD</b>	<b>pesos</b>	<b>USD</b>	<b>pesos</b>	<b>USD</b>	<b>pesos</b>	<b>USD</b>
Media	91,700	39.9	18,409	8.0	28,173	12.2	2,786	1.2
Mediana	30,000	13.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
DE	160,785	69.9	60,317	26.2	109,150	47.5	7,274	3.2
Mínimo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Máximo	600,000	260.9	400,000	173.9	700,000	304.3	50,000	21.7

**Fuente: MDM-F. Misión Colombia. Estudio Acceso a la Salud. 2005**

## INSTRUMENTO N° 1

Cuestionario de recolección de la información aplicado a la población beneficiaria de los proyectos de Médicos del Mundo Francia. Departamento del Meta y Medio Atrato. Colombia 2005.

Fecha de consulta: \_ / \_ / \_ \_

Lugar de la encuesta: zona: -----Departamento: -----

Municipio: -----Vereda: -----

No de la encuesta \_\_\_\_\_ Clave del encuestador \_\_\_\_\_

**1. Genero:** 1. Hombre \_\_\_\_\_ 2. Mujer \_\_\_\_\_

**2. Edad:** \_\_\_\_\_

**3. Etnia:** 1. Indígenas \_\_\_\_\_ 2. Afro colombianos \_\_\_\_\_ 3. Mestizos \_\_\_\_\_

**4. De donde viene? (lugar de residencia)**

**5. Sabe leer y escribir?**

1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

**6. Hasta que grado de la Escuela llego?**

- 0. Ninguno \_\_\_\_\_
- 1. Primaria completa \_\_\_\_\_
- 2. Primaria incompleta \_\_\_\_\_
- 3. Secundaria completa \_\_\_\_\_
- 4. Sin información \_\_\_\_\_
- 5. Secundaria incompleta \_\_\_\_\_

**7. De que trabaja usted?**

**8. Cuanto es el ingreso económico mensual (\$ pesos) promedio de su familia?**

**9. Cuantas personas son en su familia?**

**10. Alguna vez ha sido desplazado?**

1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

Cuando? \_\_\_\_\_

**11. Que documento tiene para ir a la consulta medica?**

1. Carné del SISBEN \_\_\_\_\_ 2. Carta del SISBEN \_\_\_\_\_

3. Carta de la red de Solidaridad\_\_\_\_\_ 4. Carné de EPS\_\_\_\_\_

5. Otro. Cual\_\_\_\_\_

6. Ninguno\_\_\_\_\_

**12. Si la respuesta es ninguno. Porque?**

**13. Cual es el centro de salud que usas con tu familia?**

**14. Cual es el servicio de salud que mas ha usado?**

1. urgencias \_\_\_\_\_
2. consulta externa\_\_\_\_\_
3. Laboratorio\_\_\_\_\_
4. Odontología\_\_\_\_\_
5. Otros

**15. A cuanto tiempo queda el centro de salud?**

**16. Que tipo de transporte usa para llegar?**

**17. Cuanto es el costo del transporte?**

**18. Alguna vez le han negado la atención en un servicio de salud?**

1. Si \_\_\_\_ 2. No\_\_\_\_\_

**19. Cual es la razón por la que le han negado la atención?**

1. No estar afiliado\_\_\_\_
2. Pertenecer a otra ARS\_\_\_\_\_
3. Falta de dinero\_\_\_\_\_
4. No portaba carne\_\_\_\_\_
5. Falta de personal medico\_\_\_\_
6. No había material medico ni medicinas\_\_\_\_\_
7. Otros.\_\_\_\_\_

**20. En el último mes alguien de su familia ha necesitado atención medica?**

1. Si\_\_\_\_\_ 2. No\_\_\_\_\_

**21. Visito el centro de salud?**

1. Si\_\_\_\_\_ 2. No\_\_\_\_\_

**22. No Visito el centro de salud  
Porque?**

1. No quiso\_\_\_\_\_ 2. No afiliado\_\_\_\_\_
3. Falta de dinero\_\_\_\_\_ 4. Inseguridad al desplazarse\_\_\_\_\_
- 5. Poca credibilidad en el sistema\_\_ 6. Otro\_\_**

**23. Que hizo para aliviarse?**

1. Nada\_\_\_\_\_ 2. Automedicación\_\_\_\_\_
3. Medicina tradicional.\_\_\_\_\_ 4. Otro.\_\_\_\_\_

**24. Si Visito el centro de salud. Fue atendido?**

1. Si\_\_\_\_\_ 2. No\_\_\_\_\_

**25. Si Fue atendido. En que servicio fue atendido?**

**26. Si fue atendido ¿Cuánto costo la atención?**

**27. Si fue atendido ¿le dieron los medicamentos?**

1. Si\_\_\_\_\_ 2. No\_\_\_\_\_

**28. Si le dieron medicamentos estos fueron?**

1. Tratamiento completo\_\_\_\_\_
2. Tratamiento incompleto\_\_\_\_\_

**29. Que hacen cuando necesitan un servicio de salud y no son atendidos?**

1. Nada\_\_\_\_\_
2. Automedicación\_\_\_\_\_
3. Medicina tradicional\_\_\_\_\_
4. Otro\_\_\_\_\_

**30. Conoce los derechos que usted tiene en el POS (Plan obligatorio de salud) y el PAB (Plan de atención básica)?**

1. Si\_\_\_\_\_ 2.No\_\_\_\_\_

**31. Cuales son los principales problemas que ustedes tienen para acceder a los servicios de salud?**

**32. De esos problemas cual considera el mas importante?**

**33. Ha tenido algún incidente de seguridad o miedo al desplazarse al servicio de salud?**

1. Si\_\_\_\_\_ 2. No\_\_\_\_\_

## INSTRUMENTO N° 2

Instrumento de recolección de los testimonios de violación al derecho a la salud en el sistema de salud colombiano, aplicado a la población beneficiaria de los proyectos de Médicos del Mundo Francia. Departamento del Meta y Medio Atrato. Colombia 2005.

1. Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
2. Nombre: \_\_\_\_\_(iniciales)
3. Edad: \_\_\_\_\_
4. Trabajo o cargo: \_\_\_\_\_
5. Comunidad/Lugar: \_\_\_\_\_
6. Fecha de la experiencia: \_\_\_\_\_
7. Lugar de la experiencia: \_\_\_\_\_
8. Introducción al tema:
9. Documentación del relato:
10. ¿Para ustedes que debería hacerse para facilitar el acceso a los servicios de salud?

## TESTIMONIOS

### **O dinero o políiquería**

*Se le veían la tristeza y la pobreza. Llegó a la consulta con su niña, que tenía un absceso fluctuante en la pierna y no la había llevado a ningún centro de salud por falta de carné y de dinero.*

*Y se esperó a que llegara la brigada de Médicos del Mundo a Campoalegre.*

El 8 de septiembre de 2004, mi niña de 5 años sufrió un golpe en su cadera. Como ella, igual que ninguno de nosotros, no tiene carné, no la llevamos a que recibiera atención médica y solo le di hierbas para el dolor. Pero se infectó y se puso muy mal, con fiebres muy altas y ya no quería comer nada.

Entonces la llevamos al Hospital San Jerónimo en Córdoba, porque nosotros somos de la Costa Atlántica de Colombia. Cuando llegamos al Hospital, no la querían internar porque no tenemos ningún tipo de seguro. Así que pedimos ayuda a un político y solo porque él llamó por teléfono, recibieron a la niña.

Una vez adentro, le indicaron exámenes de laboratorio; pero no se los hicieron porque no teníamos dinero para pagarlos.

El político también ayudó para que recibiera los medicamentos, a cambio de conseguir varios votos a su favor. Y todos en la familia le colaboramos pagándole con los votos.

Cuando llegó el momento de salir del Hospital, no podíamos hacerlo pues nos cobraban aproximadamente trescientos mil pesos, una cantidad de dinero muy alta para nosotros que somos muy pobres. Al final, rogándoles a los de la administración y viendo ellos nuestra pobreza, nos rebajaron a cincuenta mil pesos y tuvimos que hacer un gran sacrificio para conseguirlos.

Me gustaría que tuviéramos un seguro; un carné, por lo menos, para tener cubiertos a los niños. Yo me he inscrito varias veces, pero nunca he conseguido un carné no sé por qué.

Ama de casa

28 años

Meta, Colombia

## **El lugar que hoy tienen los seres humanos**

*Esta mujer quedó enferma de su sistema nervioso después de la experiencia.*

Quiero expresar lo que me sucedió, para que sepan lo que hacen con nosotros los pobres y que no tenemos a nadie que nos defienda de lo que nos hacen las aseguradoras responsables de nuestra salud.

El 24 de octubre de 2004 perdió el conocimiento. Tenía un embarazo de 20 semanas y tenía hinchado todo mi cuerpo (edema generalizado). Como vivimos en Pueblonuevo, nos queda más cerca ir al Hospital de Murindó, pero por mi gravedad y porque ese Hospital no tenía contrato con la ARS *Salud Vida* del municipio Carmen del Darién, me remitieron al Hospital de Curbaradó. Luego, de Curbaradó me enviaron al Hospital de Turbo.

Una vez en Turbo, no querían internarme argumentando que la ARS *Salud Vida* les debía mucho dinero. Por ruegos y presiones para que no me dejaran morir, al fin me internaron. Mi embarazo era gemelar pero debido a la tardanza en atenderme, un bebé murió. Como yo estaba muy grave, debían trasladarme a Medellín.

El gerente de *Salud Vida* tardó dos días en enviar el pasaje de Turbo a Medellín. Decía que yo no tenía nada y que no iba a traer gente a pasear a Medellín. Además ordenó que en el Hospital de Turbo me pusieran las medicinas más baratas; pues la empresa no podía cubrir los costos de los medicamentos que yo realmente necesitaba.

Desde que enfermé hasta llegar a Medellín pasaron seis días, en los que estuve inconsciente. También el otro bebé murió y solo yo quedé viva; pero muy triste y con mucha rabia. Nadie ha hecho justicia por mis dos bebés y por todo lo que me hicieron.

Nosotros rebautizamos a *Salud Vida* como *Salud Muerte*, pues eso es lo que se consigue con esa ARS. No solamente a mí me ha irrespetado como ser humano.

¡Cuánto quisiera que se nos cumpliera y se nos respetaran la salud y la vida!

Ama de casa

23 años

Atrato, Colombia

## **El derecho a la salud: otro desplazado**

*Andaba con un bastón rústico y su marcha era anormal.*

*Impresionaba imaginar que no tuvo derecho*

*a esa cirugía y por lo tanto quedó discapacitada.*

Hace 4 años los paramilitares me dispararon en la pierna derecha. Desde ese tiempo yo ya era desplazada y tenía la autorización de la Red de Solidaridad Social para recibir atención médica por mi condición. Fui atendida en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín, donde me operaron para no quedar inválida.

Me programaron una cita de control para dos meses después; pero a Medellín hay que ir en avión y solo tuve dinero para los pasajes cuando se cumplieron 5 meses.

Llegué al Hospital, pero me dijeron que no me atenderían pues la carta de la Red de Solidaridad ya no me servía. La razón era que en la oficina de Apartadó yo no figuraba como desplazada. Pero sí lo soy y varias veces porque hemos sufrido muchos desplazamientos por causa de nuestras tierras y la siembra de palma africana.

Como había hecho un gran esfuerzo para regresar al control médico tuve que pagar una consulta privada, en el mismo hospital, por 17.500 pesos. El médico que me atendió me dijo que necesitaba una nueva operación porque tenía dañado el nervio ciático. Pero esa nueva intervención costaba millones de pesos.

Lo que hice fue regresarme para mi casa. No tenía otra alternativa y mi pierna quedó sin fuerza para caminar.

Yo quisiera que alguien nos defendiera y presentara una acción de tutela para defender el derecho a la salud que uno tiene como persona.

Ama de casa

30 años

Atrato, Colombia

## **En manos de irresponsables**

Soy líder de una comunidad que pertenece al municipio del Carmen del Darién. Somos muy pocos los que tenemos un carné para recibir atención médica y los pocos que contamos con él estamos afiliados a la *ARS Salud Vida*, con sede en Turbo. Es el hospital de este municipio el que debe atendernos, pero para nosotros es mucho más cerca el Hospital de Murindó.

Esta ARS dice que firmó contrato con el Hospital de Murindó para que nos atienda, pero nunca le paga al hospital los servicios que presta, de manera que eso nos crea dificultades. A pesar de todo, de que *Salud Vida* no le paga, el Hospital de Murindó nos atiende bien, no nos rechaza.

Cuando nuestros enfermos están muy graves en el Hospital de Murindó no nos pueden atender porque allí no hay especialistas y de esta ARS se tardan hasta 5 días en autorizar una orden de Remisión.

Aquí estamos como olvidados y sin nadie quien nos defienda.

Ojalá que la administración de estas empresas se interesara en la carnetización y que cumpla con los derechos que nos corresponden y respondan con el dinero destinado que se les da para nuestra salud.

Líder de la comunidad

48 años

Atrato, Colombia

## **Con o sin carné**

*Por la distancia que es tan lejos  
y por el seco del río,  
es muy difícil sacar a un enfermo*

Sabía que no la atenderían. El 11 de noviembre de 2004, mi hija de 17 años se agravó y como ella no tiene carné, ni ningún tipo de seguro, no la llevé al Hospital. Muchas veces hemos tenido que rogar y esperar por largo tiempo; así que tuve que vender todas mis cositas para llevarla hasta Apartadó adonde un medico privado. Por un hijo, uno vende hasta lo que no tiene.

Por la atención medica de mi hija, con todo y medicamento, pagué 430 mil pesos. Gasté 240 mil pesos más en gasolina, sin incluir la alimentación, la vivienda, ni otros 2 viajes que tuvimos que hacer.

Si ella hubiera tenido carné, yo no hubiera dudado en llevarla al Hospital, pero sin el carné uno no tiene confianza si lo van a atender o no. Aunque de todas formas, aun en el hospital se tiene que pagar como si fuera medicina particular.

Nos gustaría tener un promotor bien preparado para que nos resuelva los problemas de salud porque. Además, que nos llegue el carné para poder disfrutar de la atención médica en un Hospital.

Agricultor

64 años

Atrato, Colombia

## **Duele volver con las manos vacías**

*Siempre es mejor ir a donde a uno lo atienden bien*

El 5 de diciembre 2004 fui a consulta al centro de salud de Curbaradó porque tenía una infección vaginal; me dieron la consulta médica pero de nada me sirvió porque no obtuve los medicamentos que necesitaba. La razón es que soy vinculada (no recibo un subsidio del Estado) y por eso no me cubría, yo tenía que comprarlos y el costo era muy alto para mí. Puesto que no tenía dinero, regresé sin nada para mi casa.

Seguí con mi enfermedad y cada día me sentía peor. Así estuve durante 2 meses, hasta cuando llegó a nuestra comunidad la brigada de Médicos del Mundo. Entonces, pude recibir mi tratamiento y curarme.

Nosotros, los que no tenemos carné para ir a consulta, si no tenemos dinero, ¿para qué nos movemos, si nos devolvemos con las manos vacías y con nuestra enfermedad?

Me gustaría que no pertenciéramos al Carmen del Darién sino al Hospital de Murindó, porque nos queda más cerca y a pesar de no ser de ese municipio, allí nos atienden bien.

Ama de casa

26 años

Atrato, Colombia

## **Eso me pregunto**

*Quiero un país donde en cualquier lugar pueda tener salud.*

Soy fiscal de las mujeres de mi comunidad y por eso conozco muchos de los problemas de salud que hay aquí. Aunque analfabeta, me pregunto por qué siendo colombianos no nos pueden atender de un municipio a otro. Es algo que no puedo entender. A los que tienen carné en este municipio no les sirve en otro y les toca pagar su atención médica de manera privada.

Peor es la situación cuando el enfermo es vinculado, porque en la mayoría de unidades de salud lo consideran un problema. Se quieren librar del paciente lo más rápido posible, porque le dicen a uno que no hay nadie que pague por uno y que ellos no nos pueden atender.

Yo quisiera como colombiana poder recibir una atención médica en cualquier lugar del país donde me encuentre y cuando lo necesite. Sigo sin entender por qué el Estado no hace algo por la gente pobre.

Líder de la comunidad

47 años

Atrato, Colombia

## **Hay que llegar ya muriendo**

*¡Qué bueno sería una medicina que cumpliera su misión!*

El 7 de noviembre de 2004, mi hija de 17 años estaba embarazada y vino al centro de salud de La Julia, en La Uribe, porque estaba hinchada. El médico no la atendió y ella regresó a la casa. Ocho días después tuvo convulsiones y perdió el conocimiento. Entonces la llevamos nuevamente a ese centro y solo al verla en ese estado el personal médico se asustó mucho. Entonces la atendieron en la emergencia y fue referida a un hospital más grande.

Parece que para muchos médicos uno debe llegar casi muerto para tener derecho a ser atendido. A nosotros los pobres solo nos queda aguantar y rogar a Dios.

Qué bueno sería que los médicos y personal de salud fueran más humanos y cumplieran con su misión.

Ama de casa

45 años

Meta, Colombia

## **Que si quiero, debo pagar**

*La atención médica debería encontrarse en cualquier servicio de salud.*

El 6 de diciembre lleve a mi hija de dos meses al centro de salud para la aplicación de las vacunas. Pero como mi carné es de Granada no lo hicieron y me dijeron que si quería la atención en ese centro debía pagar las vacunas. Tuve entonces que hacer el esfuerzo de conseguir plata para llevar a mi hija al hospital de Granada, porque me salía más barato pagar los pasajes del bus que las vacunas.

Para mi familia y para mí, el carné que tenemos no nos sirve. Es como si no tuviéramos nada, nos cobran todo; la consulta, los medicamentos y los exámenes de laboratorio. Y no hablemos de si traigo a uno de mis hijos a emergencia... sale carísimo.

Pienso que la atención medica de nuestros hijos debería de recibirse en cualquier servicio de salud y no tener que ir tan lejos para que los atiendan cuando están enfermos, que el carné garantice el cubrimiento en cualquier lugar.

Ama de casa

29 años

Meta, Colombia

## **Hay enfermedades que no dan tiempo**

El 3 de diciembre 2004 me dio una hemorragia uterina y acudí al centro de salud de El Piñalito, pero al llegar me dijeron que debía pagar la atención medica como una consulta privada. O sea, iban a cobrarme la consulta y todo lo que me hicieran o me aplicaran, pues mi carné pertenece a Villavicencio y no a Vistahermosa.

Y así, con mucho sangrado, tuve que viajar en bus hasta el hospital de Villavicencio, porque tampoco podía pagar un viaje expreso. No sé cómo aguante el recorrido.

Se debería de resolver el problema de los carnés del Sisbén para que atiendan en cualquier centro de salud. ¿De qué sirve que haya un centro de salud y médicos si no a todos nos atienden?

### **Ama de casa**

36 años

Meta, Colombia

## **Así lo vimos al pasar**

*Sucedió cuando Médicos del Mundo desarrollaba el estudio en El Meta. Cuentan que el muchacho estaba en un bar y entraron los paramilitares. El se puso nervioso y salió corriendo. Entonces, los paras le dispararon.*

En enero de 2005, nos llegó a la emergencia un muchacho muy joven, herido por arma de fuego. Como estaba muy grave, lo referimos a un hospital de mayor complejidad. Lo subimos a la ambulancia y solo habíamos recorrido la mitad del camino cuando nos detuvieron los paramilitares y ellos mismos bajaron de la ambulancia al paciente de manera violenta y lo tiraron al suelo y a nosotros nos ordenaron que siguiéramos nuestro camino. Después de unos pocos minutos en marcha, escuchamos disparos de armas de fuego. Y nos detuvimos y nos quedamos estacionados por mucho tiempo sin saber qué hacer; hasta que vimos venir a la otra ambulancia nuestra procedente de Granada y así los dos equipos y las dos ambulancias juntas nos regresamos para Vistahermosa. Al pasar por el mismo lugar, vimos el cadáver del paciente tirado a la orilla de la carretera. Y ahí permaneció hasta que vinieron sus familiares a levantar el cuerpo.

Personal médico

40 años

Meta, Colombia

## **Un lento viacrucis**

Para recibir una atención médica en el hospital de El Castillo, uno tiene que hacer varios viajes. No importa si la enfermedad es de muerte, hay que ir un día antes a pedir una cita. Si se tiene la suerte, la dan al día siguiente o para el tercer día.

Cuando se entra a la consulta y el médico indica exámenes de laboratorio, hay que ir otra vez a pedir cita para que le puedan hacer los exámenes y si conseguimos que nos hagan los exámenes hay que volver otra vez a pedir cita para entrar de nuevo a la consulta y pueda uno al fin recibir el tratamiento.

Yo tuve una infección urinaria muy grave y entre pedir citas para la consulta y para los exámenes de laboratorio pasó una semana, luego de la cual pude recibir el tratamiento. Mientras tanto estuve sufriendo. Por eso la mayoría de veces cuando no es tan grave preferimos ir a las droguerías a que nos formulen unas drogas y así resolvemos más rápido nuestro problema de salud.

Ama de casa

46 años

Meta, Colombia

## **Sin lugar para parir**

Es una mujer analfabeta. Por no tener registro civil, no ha sido censada y no puede disfrutar ni siquiera de las órdenes que da el Sisbén a los que no tienen ningún subsidio del Estado (carné del Sisbén).

Está embarazada, ya en su último mes, pero por no tener carné ni otro documento no a asistido a ningún control prenatal y no sabe adónde irá a parir su hijo, porque si va al hospital deberá pagar de manera privada 500 mil pesos y eso es imposible conseguirlo.

Ama de casa

30 años

Atrato, Colombia

## **Hasta el ruego**

Yo soy vinculada y el año pasado me remitieron a un hospital más grande porque tenía un tumor en un hombro. Aquí yo aparezco en el estrato 2, pero allá aparecía en el estrato 3 y por lo tanto tenía que pagar una cantidad de dinero muy alta... que yo no tenía.

El Sisbén cubre una parte pero a uno le toca pagar otra. Así que tuve que rogar a la trabajadora social para que me rebajaran la cuenta y al final pagué por todo 330 mil pesos, una cantidad muy enorme para nosotros.

Nosotros sufrimos mucho porque no tenemos carné. Cuando enfermamos debemos pagarlo casi todo.

Si tuviéramos carné no nos pasara eso y no nos preocuparíamos tanto con un enfermo.

Ama de casa

49 años

Atrato, Colombia

## **Sin dinero y sin carné**

El año pasado me dio una hemorragia uterina muy fuerte y estaba muy débil y muy grave. Necesitaba hospitalizarme. Sospechaban que tenía unos quistes en la matriz y debía ser operada.

Pero mi carné era de la ARS Barrios Unidos y en el hospital San Vicente de Paúl me dijeron que no me cubría la cirugía porque esta ARS estaba muy endeudada con el Hospital. YO empeoraba. Entonces, toda mi familia hizo una recolecta de dinero para que me pudieran hacer la cirugía de manera privada.

Pagamos como 2 millones de pesos por mi cirugía.

Con un carné yo creo que se me hubieran facilitado las cosas y no hubiera sufrido tanto. Porque hasta que conseguimos el dinero pude recibir el tratamiento a mi mal. Así que nosotros los pobres estamos fregados. Sin dinero y sin carné no podemos recibir una buena atención médica cuando lo necesitamos.

Ama de casa

46 años

Atrato, Colombia

## ¿Quién responde?

Somos de La Loma y el centro de salud que nos toca visitar es el de Bellavista. Pero aquí estamos fregados y sufriendo mucho porque nunca hay médicos. A ellos no les pagan y se van.

Y cuando hay médico, entonces no hay medicinas, ni en el centro de salud, ni en la farmacia de Barrios Unidos.

Me gustaría que el gobierno sea más responsable. O que lo sean las personas a quienes les corresponde pagar a los médicos para garantizar la permanencia de ellos. Y que nos abastezcan de medicinas.

Para que nos puedan ayudar con nuestros problemas de salud, ya que nosotros somos agricultores y de escasos recursos. Por la falta de dinero y las grandes distancias, si no tenemos médicos ni medicinas en este centro, estamos condenados a morir.

Y además en este momento estamos desplazados, lejos de nuestro hogar y de nuestros cultivos y sin poder regresar y nos sentimos abandonados y muy mal.

Agricultor

54 años

Atrato, Colombia

## **Tampoco será cruzando el río**

El centro de salud al que debemos asistir es el de Bellavista porque somos del municipio de Bojayá y pertenecemos a la ARS Barrios Unidos.

Pero aquí en Bellavista casi nunca hay personal médico. Entonces nos vamos para Vigía del Fuerte, que queda enfrente, al cruzar el río. Sin embargo, Vigía pertenece a Antioquia y no le corresponde atendernos a nosotros que somos del Chocó.

Allá no nos atienden con el carné de Barrios Unidos porque esta ARS les debe mucha plata. Así que tener carné no nos sirve de nada porque nos toca que pagar la atención médica de manera privada. Solo la consulta vale 14 mil pesos y aparte los medicamentos y los exámenes.

Ama de casa

44 años

Atrato, Colombia

## **Ni voltean a mirar**

En mi familia somos 10 personas. Ninguno de nosotros tiene carné para poder asistir a la consulta médica. Aunque nos han censado 4 veces, la suerte nos ha sido esquiva para que nos salga. Por eso cuando nos enfermamos nos sentimos desamparados, ya que sin carné y sin dinero no tenemos atención medica. Así que por eso solo venimos cuando estamos graves, porque es la única manera de que no nos rechacen, pero como no tenemos el carné toca pagar todo y sin contar con que a veces si el personal médico está de mal genio, ni nos voltean a ver.

Como madre me siento muy mal y me preocupo mucho y me gustaría que cada uno de nosotros tuviera su carné, porque así nos sentiríamos con más derecho de venir al centro de salud y con la seguridad que nos van a atender.

Ama de casa

30 años

Atrato, Colombia

## **Una enfermedad de la que no podemos enfermar**

*Si antes que teníamos nuestros cerdos y cultivos nos era difícil llevarla a su tratamiento siquiátrico, cuanto más ahora que somos desplazados*

De nuevo comenzó a descontrolarse de sus nervios, ya no habla, pasa mucho tiempo dormida, está empezando a descuidar su arreglo e higiene personal. Se trata de nuestra hija de 19 años, quien desde hace seis padece una enfermedad mental. Este nuevo desplazamiento le ha traído una fuerte recaída. ¿Ahora, qué hacemos?

Desde hace un mes tuvimos que dejar nuevamente todo lo nuestro botado, como nos ha ocurrido otras veces. Vivimos desde entonces en una pieza de esta escuela.

Ella, nuestra hija, tiene carné para asistir a la consulta médica, pero de nada le sirve. Según nos dicen, el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado no cubre esa enfermedad. Para no ver sufrir a nuestra hija y para que vuelva a la normalidad hemos vendido cualquier cosa de valor para pagar psiquiatras... 400 mil pesos cada vez que podemos. Nos dicen que ella necesita control por lo menos cada 6 meses.

Pero no siempre nos es posible llevarla. Ahora no tenemos nada que vender, estamos lejos de casa, pasando muchas necesidades y solo nos queda sufrir junto con ella. Ahora es casi imposible llevarla al médico, somos desplazados y vivimos con toda nuestra familia en esta escuela. Y estamos sin a quién acudir para que nos ayude.

Ama de casa

50 años

Atrato, Colombia