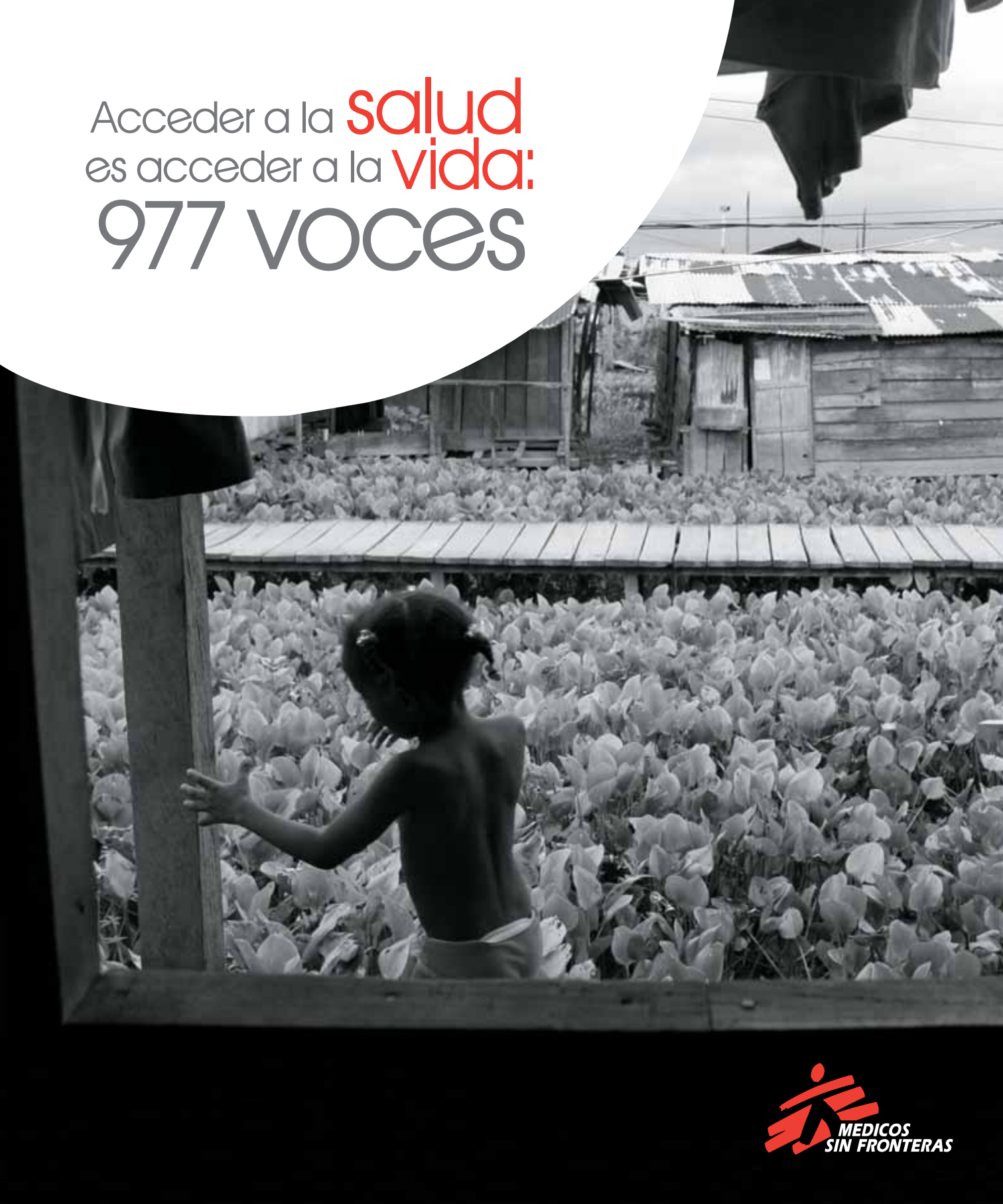


Acceder a la **salud**
es acceder a la **vida:**
977 VOCEs



“ ...Pues a veces uno **está enfermo** y no puede ir, la mayoría de las veces porque **no tiene plata**. Además eso es **muy demorado**, allá le **maman gallo a uno**, que venga mañana, que saque esta fotocopia, que no alcanzó, que madrugue, eso hace que **uno se enferme más**.
Otro problema porque a uno le da **miedo**, por allá están **matando mucha gente** y además a uno le da **miedo** decir que va de por acá. La otra vez me tocó llevar a **mi hija**, estaba **muy enferma**, me tocó **pagar un millón de pesos** para que nos llevaran hasta el pueblo y fue un **problema para que la atendieran**, a la niña le mandaron unos remedios que me tocó comprar, **después me tocó pedir prestado** para devolverme porque **se me acabó la plata...** ”

Hombre de 40 años

MSF - Colombia - Bogotá
Noviembre 2010

Informe ejecutivo 9

1. Origen y objetivos del informe 13

2. Metodología 17

- 2.1 Identificación de la zona encuestada
- 2.2 Identificación del encuestado
- 2.3 Distancia a los servicios de salud

3. Hallazgos en las cinco dimensiones del acceso 33

- 3.1 Acceso y seguridad
- 3.2 Acceso físico
- 3.3 Acceso a la información
- 3.4 Acceso y discriminación
- 3.5 Acceso económico

4. Consecuencias de los problemas de acceso a los servicios de salud 59

- 4.1 Aplazamiento para ir a los servicios de salud
- 4.2 Prestación inadecuada por discriminación
- 4.3 Consecuencias médicas de la falta de acceso

5. Conclusiones 71

Anexo I: Glosario de términos

Anexo II: ¿Qué es MSF? y MSF en Colombia



Resumen ejecutivo

El informe que tiene usted ahora mismo en sus manos o en la pantalla de su computador no es un informe basado en los 25 años que Médicos Sin Fronteras (MSF) viene prestando sus servicios de salud y humanitarios en Colombia; tampoco está fundado en las 68.166 consultas médicas que la organización realizó el pasado año 2009 en 13 departamentos colombianos, ni por supuesto en las opiniones o percepciones de los 391 trabajadores humanitarios que trabajan en la organización en el país. El informe *Acceder a la salud es acceder a la vida: 977 voces*, recoge la voz de 977 pacientes de MSF que, de una manera totalmente aleatoria y desinteresada, contestaron al requerimiento de nuestros equipos, nos contaron las condiciones en las cuales tienen acceso a los servicios de salud y nos pidieron que lo contáramos públicamente.

En efecto, en esta ocasión hemos querido que sean estos 977 colombianos y colombianas los que hablen por ellos mismos, por lo tanto, en este informe no se encontrarán estadísticas médicas de morbi-mortalidad, coberturas de vacunación o consultas de salud mental. Este informe solamente recoge la opinión de estas personas, sus miedos y sus problemas a la hora de acceder a los servicios de salud; no pretende por lo tanto ser extrapolable a la totalidad de la nación. Usted mismo juzgará si casi 1.000 personas elegidas de una manera aleatoria en varios municipios de siete departamentos constituyen una muestra lo suficientemente amplia para ser escuchada.

Toda la información que aparece en este documento está extraída de un estudio realizado de una manera cuantitativa y cualitativa. Cuantitativa, por las 977 encuestas cerradas, cuya información se volcó en una base de datos y fue minuciosamente analizada hasta obtener el documento que tiene ahora delante de usted; cualitativa, porque además de las encuestas cerradas, se realizaron entrevistas semi-estructuradas, de las cuales se desprenden los testimonios que se encuentran a lo largo del informe y que ayudan a entenderlo de una manera más humana. Al final del informe, encontrará un glosario donde describimos las interpretaciones de los términos empleados en la redacción del documento.

Las personas entrevistadas ponen de manifiesto una serie de problemas de acceso recurrentes en todos los municipios y departamentos donde se realizó la encuesta. A modo de sumario, estos problemas se resumen en cinco grandes grupos: los derivados del conflicto, los ocasionados por discriminación, por falta de acceso a la información, por problemas económicos y, finalmente, por problemas de acceso físico a las estructuras sanitarias.

En cuanto a los problemas derivados del conflicto que vive el país, veremos para empezar que el 41,2% de los encuestados tiene algún problema de acceso debido al conflicto armado (Los datos sobre problemas derivados del conflicto se basan en las respuestas de 844 entrevistados y no del total de la muestra). Aunque la seguridad puede ser un problema real o un problema sentido, una quinta parte de ellos tiene problemas debido a eventos reales como retenes, combates, minas antipersonales, paros armados, etc. La población afectada por la falta de seguridad sentida dobla el porcentaje de la afectada por la falta de seguridad real, el 37,5% de los encuestados no asisten a los servicios de salud por miedo a la presencia de actores armados, falta de confianza o miedo a la discriminación, entre otros. En cualquier caso, lo importante aquí no es cuestionar si la población tiene motivos de seguridad objetivos para no ir al médico: lo que importa es que, por culpa del conflicto y de la mella que hace en la seguridad y en el día a día colombiano, la población no puede acceder a la salud.

Los problemas producidos por discriminación son también alarmantes: el 33,6% del universo de estudio manifiesta haber sido discriminado por algún motivo. Entre los más recurrentes se encuentran ser indígena, mujer, desplazado o retornado, pero hay dos que llaman especialmente la atención: la discriminación por la pobreza y la discriminación por estar afiliado a otro municipio o departamento. Y decimos que llaman la atención porque, por un lado, son los más recurrentes y, por otro lado, porque ambos son consecuencia directa del actual sistema de salud o Ley 100, el cual fuerza la implementación de copagos y la división territorial de lo que es un derecho universal de los seres humanos.

La falta de información y de acceso a la misma se revela otro problema extremadamente importante, no solamente por la falta de conocimiento sobre los derechos como usuario (lo cual ya es de por sí un grave problema) sino porque, por ejemplo, casi el 20% de los encuestados desconocen que tienen derecho a la asistencia gratuita de urgencias, con lo cual en numerosas ocasiones tienen que pagar por un servicio que es legalmente gratuito o, en el peor de los casos, simplemente no van a estos servicios a pesar de tratarse de emergencias, por no disponer de dinero para pagarlos.

El anterior punto nos lleva directamente a otra de las grandes preocupaciones de las personas entrevistadas: el acceso económico. El 82,1% de ellos declara que en ocasiones no puede ir al médico por falta de dinero para pagar el transporte desde donde viven hasta las muy lejanas estructuras de salud, para pagar el servicio prestado en sí mismo y para pagar los medicamentos recetados, que muy a menudo o no están disponibles gratuitamente como marca la ley o bien están fuera de la lista cerrada del Plan Obligatorio de Salud (POS).

Finalmente, veremos el quinto gran grupo de barreras de acceso, el de la distancia hasta los servicios de salud. Efectivamente, la falta de personal de salud y de una conveniente red de estructuras médicas hace que solamente el 17,6% de los encuestados tengan acceso a un servicio sanitario en menos de una hora desde su lugar de residencia, y que el 19,4% demore más de 9 horas en llegar al punto de salud (que no médico) más cercano.

Lo más dramático de todas estas barreras de acceso no son las barreras como tales, sino las consecuencias que tienen en la vida de las personas. Nuestros testimonios nos dirán que casi la mitad de ellos tienen que retrasar más de un mes la visita al médico por culpa de las barreras y veremos también que un muy alto porcentaje de los encuestados consideran que han sido tratados incorrectamente. Pero, lo que es más grave, el estudio constatará que todos estos problemas derivan en una innecesaria prolongación del sufrimiento, en la aparición de complicaciones médicas, en discapacidad para la práctica de algunas actividades básicas y, en los casos más lamentables por lo irremediable y fatal de éstos, en la muerte del paciente.

Este documento meramente ambiciona poner de relevancia los problemas de acceso a la salud de 977 personas, por lo tanto, no pretendemos exponer los problemas derivados a nivel nacional del actual sistema de salud. Sin embargo, es un hecho palpable que veremos a lo largo del documento a través de las encuestas y los testimonios directos de los pacientes, que la Ley 100 y sus desarrollos posteriores, o está mal formulada o está mal implementada o quizás ambas cosas. Sea el motivo que fuere, urge su inmediata revisión y mejora a fin de aliviar el sufrimiento de los colombianos y colombianas que, en lugar de beneficiarse de ella, en ocasiones les toca padecerla.

De la misma manera, el conflicto que afecta al país tiene que dejar de ser la excusa para no proveer correctos servicios médicos y convertirse en todo lo contrario. Es decir, tiene que ser el acicate que mueva la instalación de servicios médicos que beneficien a aquellas personas que, por su aislamiento y por su afectación por el conflicto, son precisamente las más vulnerables.

Ahora le pedimos que lea este informe con detenimiento y detalle, no porque vaya a encontrar información que nunca hubiera imaginado (aunque seguramente se sorprenderá en muchas ocasiones), ni porque leyéndolo vaya a tener una radiografía del momento de salud en el país. Le pedimos que lo lea porque 977 ciudadanos y ciudadanas de Colombia querían que nosotros se lo contáramos, querían que le explicáramos que acceder a la salud es acceder a la vida, y que si el primero de los accesos no existe, el segundo de ellos es dramáticamente difícil. Ellos se merecen que usted lea este informe. Gracias.

A large, expressive red brushstroke graphic that starts from the bottom right and sweeps upwards and to the left, partially overlapping the text.

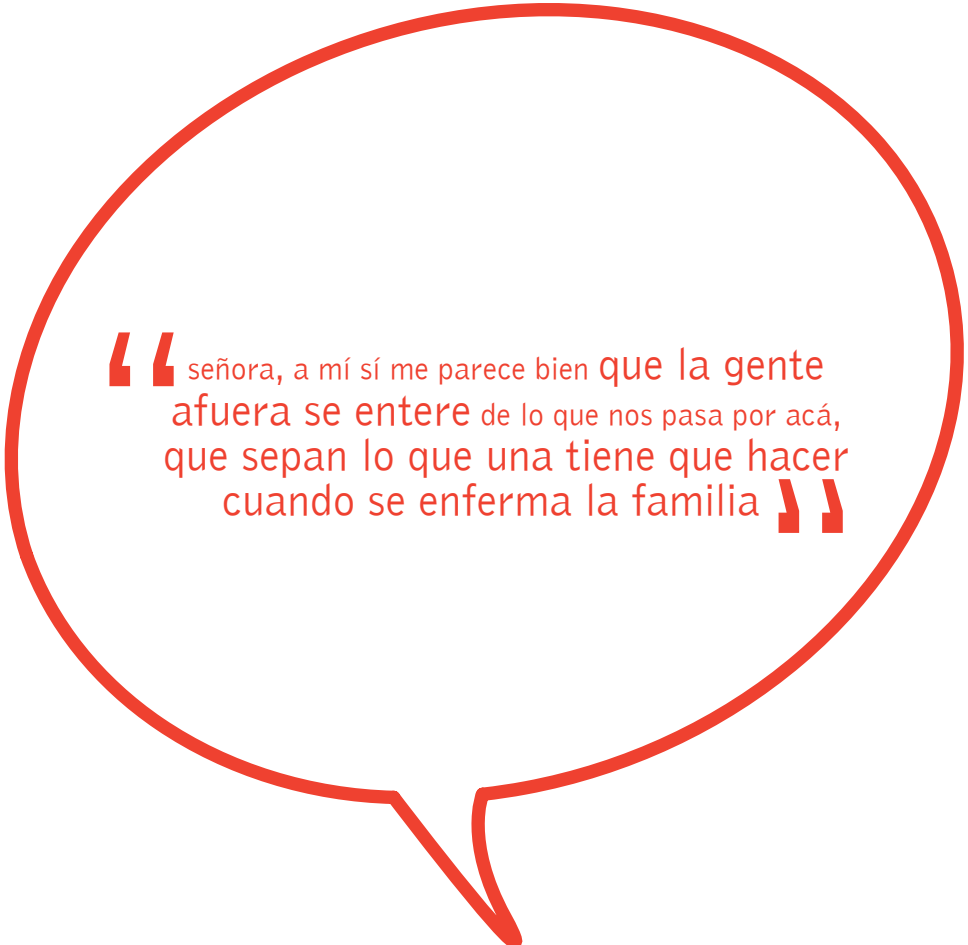
1 Origen y objetivo del informe

El presente informe nace en el marco del mandato de Médicos Sin Fronteras (MSF) de dar testimonio de lo que le pasa a las nuestros beneficiarios. Como dijimos al recibir el Premio Nobel de Paz, para MSF, la acción humanitaria implica “aliviar el sufrimiento, devolver autonomía, dar testimonio de la verdadera injusticia y continuar insistiendo sobre la responsabilidad política”.¹ En MSF consideramos que es parte de nuestra tarea, como humanitarios y como organización médica, contar no sólo sobre las enfermedades que atendemos, sino también sobre las otras variables que determinan la salud de las personas, dentro de las cuales es esencial el acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud.

MSF desarrolla sus actividades en Colombia mediante programas médico-humanitarios en zonas de conflicto armado, de alta exclusión social y/o en zonas receptoras de víctimas del conflicto armado. Estos programas prestan servicios de salud en diferentes áreas y con una frecuencia y distancia variables. Nuestros equipos viven día a día los problemas que enfrentan las comunidades para acceder a los servicios de salud. Esa realidad requiere una cuantificación, una expresión en números y testimonios de las personas afectadas, que permita un análisis más cuidadoso, tanto de nuestra parte como de las instituciones, gubernamentales y no gubernamentales, con las que compartiremos las conclusiones.

Teniendo nuestro mandato como marco de acción y la necesidad de visualizar los problemas de acceso, nos dimos en la tarea de definir un marco teórico y una encuesta para recoger la información. En este proceso contamos con el apoyo de especialistas en salud pública, epidemiología y bioética, con el fin de tener una estrategia de recolección de información adecuada para nuestro fin: dar a conocer los problemas de las comunidades a las que atendemos mediante nuestros programas en salud. El objetivo general de MSF con el presente informe es contribuir al entendimiento de los problemas de acceso a los cuidados de salud por parte de las personas afectadas por el conflicto armado, que viven en las zonas de conflicto y/o en las zonas receptoras de las víctimas.

El objetivo general de MSF con el presente informe es contribuir al entendimiento de los problemas de acceso a los cuidados de salud por parte de las personas afectadas por el conflicto armado, que viven en las zonas de conflicto y/o en las zonas receptoras de las víctimas.



“ “señora, a mí sí me parece bien que la gente afuera se entere de lo que nos pasa por acá, que sepan lo que una tiene que hacer cuando se enferma la familia ” ”

Mujer de 30 años

¹ MÉDECINS SANS FRONTIÈRES: Nobel Lecture by James Orbinski, Oslo, December 10, 1999

A large, stylized red brushstroke graphic that starts from the bottom right and extends towards the top right, partially overlapping the text.

2 Metodología

El presente informe está basado en una encuesta realizada en siete programas de MSF y respondida por 977 personas. Los datos obtenidos no son extrapolables al resto de la población colombiana, ya que no se realizó un muestreo probabilístico, pero representan 977 voces de personas afectadas por barreras de acceso a los servicios de salud. Estas 977 voces hablan de unos problemas compartidos por ellas para acceder a la salud, problemas que pueden ser comunes a otras regiones del país.

El informe tampoco pretende generalizar sus conclusiones a todas las zonas rurales colombianas, sin embargo, permite concluir que en las zonas donde trabaja MSF, que son precisamente algunas de las de mayor intensidad del conflicto, hay problemas de acceso que pueden y necesitan ser medidos y atendidos. Sabemos que esas 977 personas no son la excepción, que como ellas hay miles de personas colombianas esperando tener un mejor acceso a los servicios de salud.

MSF trabaja en 9 departamentos de Colombia, con varias áreas de intervención en cada departamento: Istmina (Chocó), Bolívar (Bolívar y Antioquia), Tame (Arauca), Norte de Santander (Norte de Santander), Caquetá (Caquetá), Urabá (Chocó y Antioquia) y Nariño (Nariño). Para el estudio, la información fue recogida entre abril y julio de 2010 por los equipos de MSF en 7 de los 9 departamentos y 54 puntos diferentes de atención médica.

Sabemos que esas 977 personas no son la excepción, que como ellas hay miles de personas colombianas esperando tener un mejor acceso a los servicios de salud.

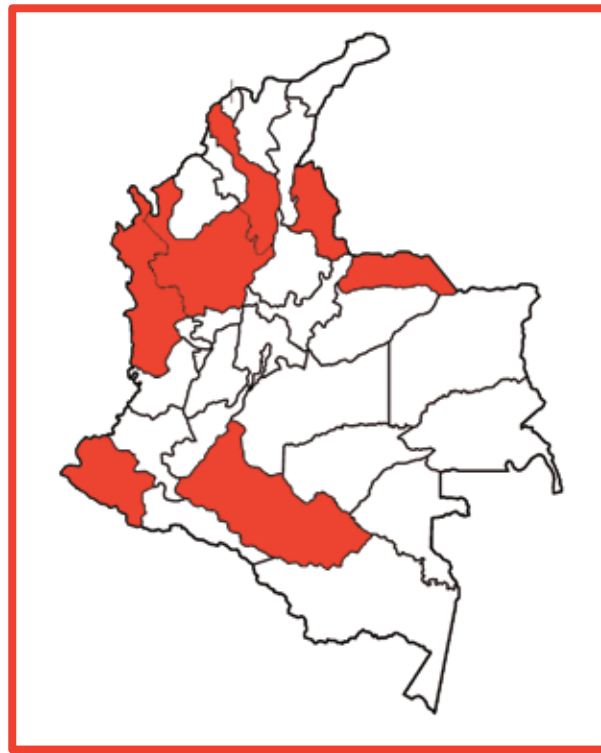


Gráfico No. 1: Departamentos con programas de MSF

Cada programa realizó entre 126 y 150 entrevistas entre la población que consultó a MSF. Las personas encuestadas son provenientes de las áreas donde MSF presta sus servicios (población civil, afectada por el conflicto armado, habitantes de zonas directamente afectadas, cercanas a donde el conflicto se desarrolla con mayor intensidad y/o receptoras de víctimas), y, además, personas con necesidad de servicios de salud, por lo que precisamente acudieron a los servicios de MSF.

Hubo dos áreas de trabajo de MSF donde no se aplicó la encuesta: el departamento del Putumayo, por problemas de la dinámica del conflicto, y en el departamento del Cauca, donde las actividades de MSF empezaron prácticamente al mismo tiempo que la recogida de encuestas.

Para la recopilación de la información se diseñó un formulario que se sometió inicialmente a pruebas piloto en los programas de Norte de Santander y Bolívar. Este formulario fue ampliamente discutido por el personal médico de MSF. El formulario fue sometido a evaluaciones externas de profesores universitarios con experiencia en el área de bioética y epidemiología. Las entrevistas fueron realizadas por personal de MSF debidamente entrenado para este fin. En la aplicación de las encuestas se respetó el anonimato de los encuestados. El hecho de explicar la encuesta y que la gente aceptara participar en ella debe ser reconocido como una forma de “consentimiento informado verbal”.

Además de las encuestas, los equipos de MSF recogieron testimonios anónimos relacionados con los problemas de acceso en salud y cada equipo realizó al menos un taller con personas relevantes en las comunidades (incluyendo personal local de salud) sobre el tema de acceso. Esto permitió tener un análisis cualitativo que refuerza el análisis de los datos encontrados.

Por razones metodológicas, la muestra encuestada no incluye a menores de 14 años, pero no por eso podemos decir que éstos no tengan dificultades de acceso, al contrario, a los problemas generales mencionados, se suman la vulnerabilidad de la edad y de las condiciones propias de un menor de edad (respuesta inmune, etc.) lo que hace que su condición, como colectivo, sea aún más preocupante.

Para el presente informe, accesibilidad implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación al-

guna, dentro de la jurisdicción del Estado². Podría esperarse que otras categorías de análisis, como aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, fueran tenidas en cuenta³, pero dichas categorías requieren otro tipo de análisis que va más allá de la percepción de las personas y la aceptabilidad nos adentraría en debates de valoraciones socio-culturales importantes, pero que no son relevantes para el estudio de nuestro objeto de análisis: el acceso en salud. La accesibilidad presenta varias dimensiones superpuestas: seguridad y acceso, acceso físico, acceso a la información, discriminación y acceso económico.

i) La seguridad real y/o sentida: esta categoría nace del vacío que no logran llenar las cuatro dimensiones clásicas en el análisis del acceso a la salud, en el marco de un conflicto armado,⁴ e implica las dinámicas directas y temores derivados del conflicto como barreras de acceso.

ii) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna.

iii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe

² COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES: *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments), Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000

³ La aceptabilidad es entendida como el hecho de que “todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados” Y la calidad como que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.” Ver: la OBSERVACION GENERAL 14, ya citada.

⁴ Sobre los criterios que nos permiten hablar de la existencia de un conflicto armado en Colombia, ver el artículo 1 del Protocolo II de 1977, adicional a los Cuatro Convenios de Ginebra de 1949, Protocolo que Colombia ha ratificado.

La accesibilidad presenta varias dimensiones superpuestas: seguridad y acceso, acceso físico, acceso a la información, discriminación y acceso económico.

menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

v) Accesibilidad económica: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.

2.1 Identificación de la zona encuestada

Los programas de MSF realizaron las encuestas con la siguiente distribución:

Programa de MSF	Frecuencia	Porcentaje
Arauca	133	13,6
Caquetá	133	13,6
Norte de Santander	143	14,6
Bolívar	126	12,9
Istmina	150	15,4
Nariño	142	14,5
Uraba	150	15,4
Total	977	100

Tabla No. 1:
Distribución del número de encuestas realizadas según los programas de MSF.

En total fueron 54 puntos de atención de MSF en los cuales se aplicó la encuesta. Estos sitios no se decidieron con un criterio de distribución geográfica representativa, sino que corresponden a los sitios donde MSF presta servicios de salud. El promedio de encuestas por sitio de atención es de 18,1.

2.2 Identificación del encuestado



© Charla Jones

Sexo:

La mayoría de personas entrevistadas son mujeres (698 personas que corresponden al 71,4% de los encuestados), debido a que la mayoría de nuestros pacientes también lo son, especialmente en los programas de salud mental⁵, y además ellas son las que llevan a los menores de edad a los servicios de salud.

Zona de origen:

Hubo 838 encuestados del área rural (85,8%) y 139 del área urbana (14,2%). No queremos analizar un modelo de atención urbana y uno rural, sin embargo, ese porcentaje de encuestas urbanas nos permite elaborar cruces relacionados con los problemas de acceso, como se verá posteriormente. Los hallazgos urbanos no son generalizables a otras ciudades, pero sirven para identificar tendencias de los pacientes urbanos de nuestra muestra.

Edad:

Las encuestas fueron realizadas a mayores de 14 años. El número de encuestados por edad es coherente con la pirámide poblacional del país, especialmente luego de los 21 años. La edad mínima de los entrevistados fue de 15 años y la máxima de 89 años, la media es de 35,2 y la mediana de 32. Los valores máximos se dan en el rango entre 21 y 30 años (338 personas de la muestra).

Afiliación al sistema de salud:

En nuestra muestra hay un número elevado de personas sin afiliación (37%). Encontramos además que el 63% que cuenta con un carné de afiliación a una empresa de salud, ya sea del régimen contributivo (2,7%) o subsidiado (60,3%), también presenta problemas de acceso de algún orden. Si 63% de población encuestada tiene carné de salud, pero persisten sus problemas de acceso, significa que alguien no está cumpliendo con su responsabilidad, lo que es preocupante en un país que ha construido el acceso a la salud sobre la base de la afiliación.

Del universo de entrevistados que se declararon vinculados, el 41,4% de las personas sin afiliación al sistema de salud no tiene identificación y el 6,9% tiene carta que los acredita como desplazados forzados. Es necesario precisar que aunque la Corte Constitucional ha dicho que el desplazado lo es de facto y que no necesita de una carta que acredite su condición de víctima, los desplazados sin carta de acreditación sufren más limitaciones para acceder a sus derechos, incluido el derecho a la salud⁶.

el 41,4% de las personas sin afiliación al sistema de salud no tiene identificación

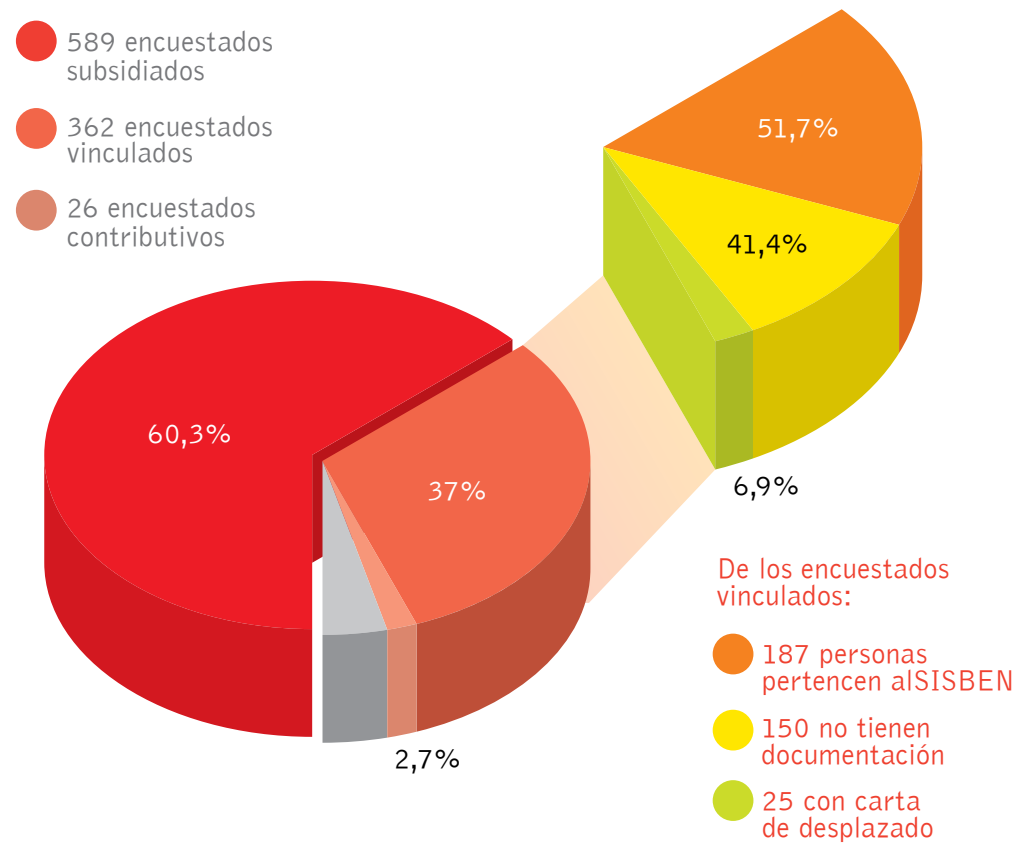


Gráfico No. 2: Distribución de la afiliación al sistema de salud

“ Al niño primero se le brotó el cuerpo y se iba pelando; y le dio una diarrea que se puso tan mal...duró 8 días haciéndole remedios en la casa porque no teníamos plata. Al final pude llevarlo al hospital, allá lo atendieron, estuvo un mes hospitalizado. Mi marido me contó que cuando le dieron la salida le tocaba pagar un millón trescientos mil pesos para poder sacarlo si no se quedaban con mi niño. A mi marido le toco afiliarlo a la red esa de los desplazados y le sacó el SISBEN a ver si así podía sacarlo pero tampoco se lo dieron. Le dijeron que esos papeles no servían y que tenía que pagar, entonces mi marido le tocó buscar al personalero y ahí si lo dejaron salir a mi niño ”

Mujer de 33 años

⁶ Corte Constitucional: Sentencia C-278 de 2007, Magistrado Ponente: Nilson Pinilla Pinilla

Pertenencia a un grupo vulnerable:

La preocupación de MSF por indagar la pertenencia a grupos determinados no está basada, en las características raciales con las que cada sujeto se identifica, sino en la documentada vulnerabilidad de ciertos grupos de población (campesinos, indígenas y afrocolombianos) en el marco del conflicto armado. Estos tres grupos constituyen, a la vez, un sector relevante de nuestros pacientes. De las personas encuestadas, 554 se identificaron como campesinos (56,7%), 160 como indígenas (16,4%) y 196 como afrocolombianos (20,1%).

Así mismo, exploramos tres grupos con alto riesgo de tener problemas de acceso, a saber: desplazados, confinados y retornados. Se escogieron estos tres porque representan las tres principales restricciones del derecho a la libre movilización observadas en el curso del conflicto armado. La calificación de desplazados, confinados y retornados fue dada por las mismas personas entrevistadas.

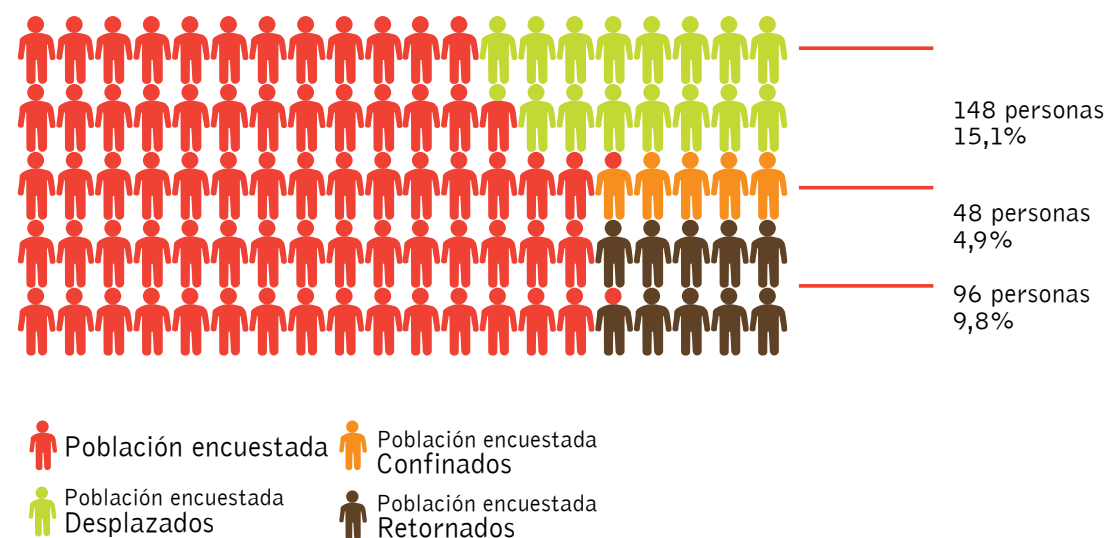


Gráfico No. 3:
Distribución de víctimas del conflicto identificadas entre los encuestados

La suma simple de las tres variables relacionadas con el conflicto armado es del 30%. Es necesario recordar que estas tres categorías no abarcan todos los grupos de población afectados por el conflicto. Así pues, analizamos el cruce entre población vulnerable y víctimas directas del conflicto

	Desplazados	Confinados	Retornados	Total
Campesinos	67	21	46	554
Indígenas	5	25	22	160
Afrocolombianos	25	3	18	196
Total	148	48	96	

Tabla No. 2:
Relación entre población vulnerable y grupos de víctimas directas del conflicto.

Tomando como universo, no el total de personas sino cada subgrupo, tenemos que de los campesinos, el 12,09% son desplazados, el 3,79% son confinados y el 8,3% son retornados. En el caso de los indígenas, un 3,1% son desplazados, un 15,6% son confinados y un 13,75% son retornados. Con relación a los afrocolombianos, hay un 12,75% de desplazados, un 1,5% de confinados y un 9,18% de retornados. Destacar que los indígenas tienden a sufrir confinamiento y los afrocolombianos, desplazamiento.

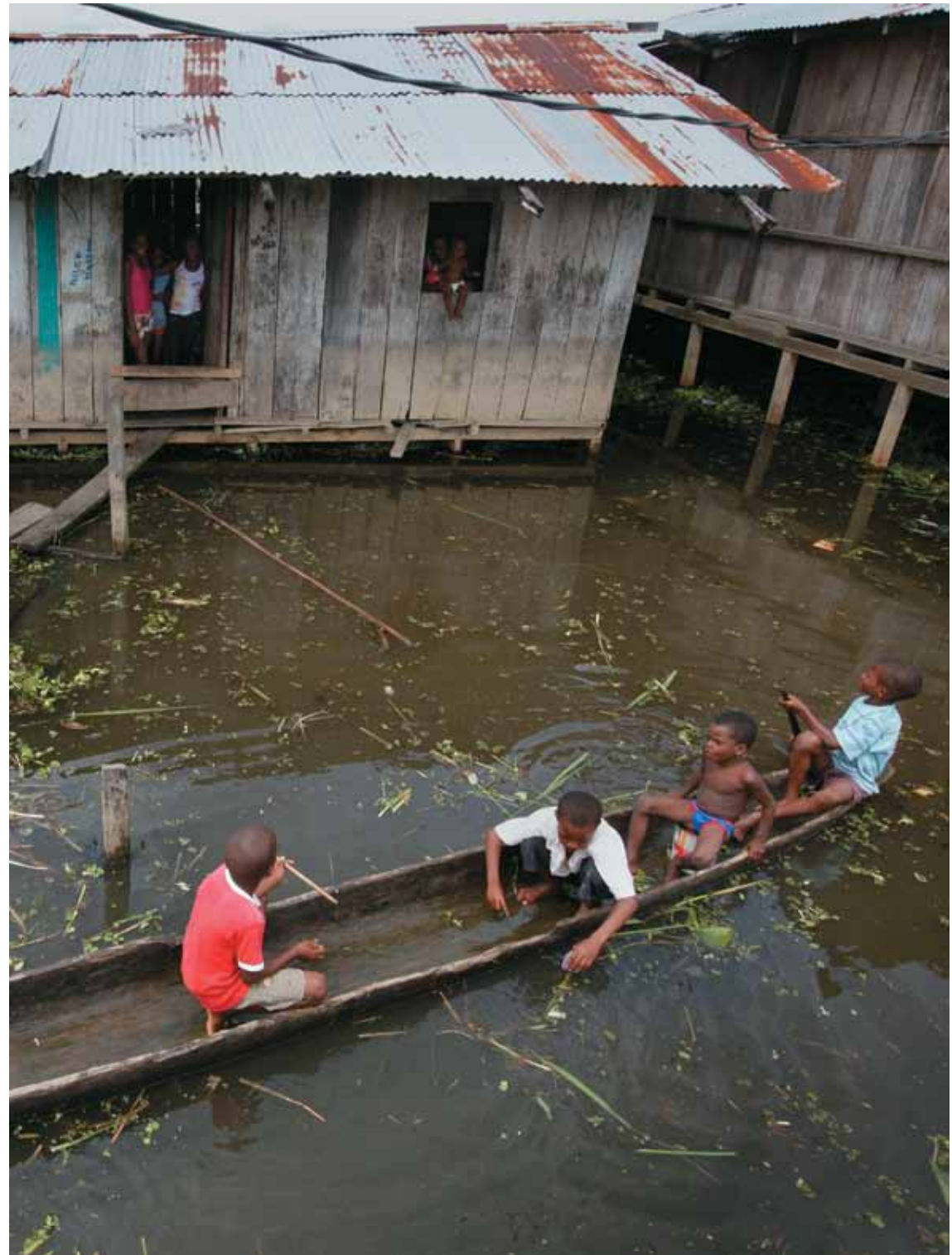
2.3 Distancia a los servicios de salud

La distancia hasta los servicios de salud es un indicador de su disponibilidad. Aunque este indicador es más propio de los debates de desarrollo y de violencia estructural⁷, lo cierto es que sin la existencia de instalaciones, recurso humano capacitado, programas y protocolos adecuados, medicamentos y equipos, de nada sirve el acceso a unos servicios de salud para el caso inexistentes o sin la capacidad de atender a las personas apropiadamente. Una forma de medir la disponibilidad de los servicios de salud es el tiempo que demoran los usuarios en llegar a ellos y el medio de transporte que usan. Las mediciones sobre disponibilidad y costo de medios de transporte se harán en otros apartados.

Sólo el 17,6% de los encuestados puede llegar a un servicio de salud dentro de la primera hora, lo que se considera dentro del límite que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) entiende como acceso geográfico adecuado, definido éste como el “porcentaje de la población que puede recabar servicios locales de salud, con un tiempo máximo de una hora de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transportes locales”.

Esto quiere decir que el 82,4% restante tarda más de 1 hora para acceder a servicios de salud. El 63% de los pacientes demora entre 2 y 8 horas, el 11,1% entre 9 y 24, y el 8,3% más de 24 horas. De este último grupo, el 4% tarda 48 horas y el 3%, 72. El promedio de horas en llegar al servicio de salud fue de 9,12 horas, con un mínimo de 0 y un máximo de 72. La respuesta más frecuente fue 4 horas de demora.

En relación con el medio de transporte usado, encontramos que un alto número de personas usa la vía fluvial (42,5%), lo que se explica por la ubicación de nuestros programas, seguida del transporte terrestre (23,6%). Casi una quinta parte (18,6%) reportó usar diferentes medios de transporte antes de llegar al centro de salud.



© Charla Jones

⁷Violencia estructural es aquella que es ejercida por las instituciones que actúan en el entorno colectivo y cuyos impactos son, en principio, menos evidentes. Incluye esta categoría a las violencias derivadas de las estructura política y de la estructura económica, en la medida que éstas producen segmentación, fragmentación social, exclusión y/o marginalización. Ver, en general: GALTUNG, Johan: *“Peace by peaceful means: Peace and conflict, development and civilization”*, London, SAGE, 1996; especialmente su primera parte: *“Peace studies: basic paradigms”*; y del mismo autor: *“Conflict transformation by peaceful means”* Geneva, United Nations, 1998

“ Una hermanita mía que vive en el campo y a su niño le picó un alacrán. Le hicieron unos remedios allá y se calmó pero en la noche les tocó salir porque se puso mal, era un camino de tres horas, era lejos, muy lejos que no alcanzaron a llegar, el niño se murió ”

Mujer de 33 años

A large, stylized red brushstroke graphic that starts from the bottom right and extends towards the top right, with a smaller, similar stroke above it.

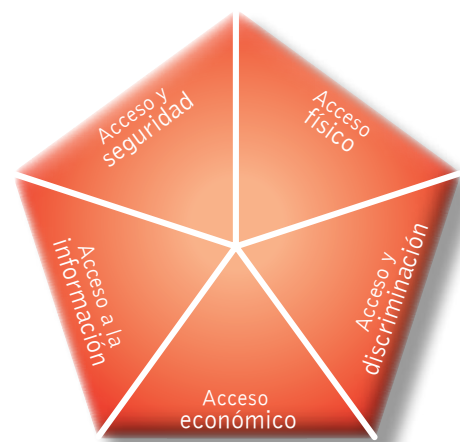
3 Hallazgos en las cinco dimensiones del acceso

3.1 Acceso y seguridad

A lo largo de este capítulo vamos a ver las diferentes razones por las cuales la población objeto del estudio tiene graves problemas para acceder a los servicios de salud. Constataremos que el conflicto que vive el país es un obstáculo más, traducido en forma de falta de seguridad tanto real como sentida, en numerosas ocasiones insalvable para la población en general. Veremos que el acceso físico a las estructuras de salud es un serio problema, y no solamente por la geografía del país o la insuficiente red de servicios de salud sino también por la falta de medios al alcance de la población para llegar a los servicios sanitarios. Comprenderemos también que no existe la información necesaria para que la población conozca los servicios médicos existentes y la manera de acceder a ellos. Observaremos que existen claros casos de discriminación generalizada que dificultan el acceso a la salud a determinados grupos. Y, por último, también mostraremos que las condiciones económicas son un serio obstáculo para la salud, máxime en un sistema basado en un sistema de facturación y de copagos como el sustentado por la Ley 100.

Y todo ello sin entrar a analizar otras causas que claramente impiden un correcto servicio de salud a la población estudiada, causas como la falta de servicios que deberían ser ofrecidos en estructuras de salud y que no existen, la falta de suficientes profesionales o incluso la propia presencia física de estas estructuras, carencias que merecen otras investigaciones basadas en enfoques diferentes al aquí usado.

Para la interpretación correcta de las cifras presentadas, debe tenerse en cuenta que en la mayoría de los casos (salvo que el texto lo aclare) los datos se dan sobre la muestra total de 977 personas, y que una misma persona pudo haber sufrido diferentes tipos de limitaciones para acceder a los servicios de salud y, por tanto, los porcentajes no pueden sumarse aritméticamente, pues excederían el 100%.



Esta categoría explora los problemas de acceso a los servicios de salud, entre otros factores, por el miedo y las dinámicas de la guerra. En algunos casos, a pesar de existir servicios de salud, y de ser física y económicamente accesibles, la población civil no acude a ellos como consecuencia directa del conflicto armado. Las preguntas se formularon teniendo en cuenta una serie de variables que corresponden a las prácticas más relevantes observadas y/o reportadas como barreras de movilización de las personas.

En uno de nuestros programas, la situación de seguridad fue considerada compleja y por tal razón MSF sólo exploró las cuatro primeras variables de acceso sin incluir ninguna pregunta relacionada con los problemas de seguridad, tanto para proteger a la pobla-

ción civil como a nuestros equipos médicos en las zonas de trabajo. Por tanto, en esta variable (acceso y seguridad) el 100% no corresponde, como hubiéramos querido, a 977 encuestas, sino a 844, y es sobre éstas que se calculan los porcentajes relativos a acceso y seguridad. El mismo hecho de tener que abstenernos de preguntar en una zona concreta es una muestra de los problemas de acceso, miedo, libertad de movimiento e impacto del conflicto en las dinámicas sociales y de salud. El 41,2% de las personas encuestadas identificó dinámicas asociadas de manera directa con el conflicto armado como su problema real y/o sentido. Esta cifra se expresa a su vez en dos dimensiones, la seguridad real (19,9%) y la seguridad sentida (37,5%), que se superponen en muchas de las encuestas.

41,2% de las personas encuestadas identificó dinámicas asociadas de manera directa con el conflicto armado como su problema real y/o sentido

3.1.1. Problemas de seguridad real

En el caso de seguridad real, se preguntó por problemas de acceso a la salud derivados directamente del conflicto. Un 19,9% de la muestra relacionó sus problemas de acceso a algunas de estas dinámicas: presencia de actores armados, presencia de minas antipersonales y confinamiento.

Presencia de actores armados:

Esta pregunta incluyó retenes, combates, toques de queda, paros armados, etc. No entramos en distinciones sobre el actor armado responsable, porque no se trata de un análisis de los actos de guerra sino de cómo éstos, en su conjunto, afectan el acceso a la salud. Más del 18,6% de la población (157 personas) señaló que las acciones de guerra (combates) y/o las medidas aplicadas por los actores armados para controlar a la población civil (retenes, toques de queda, paros armados, etc.) constituyen una causa que les impide acceder a los servicios de salud.

Presencia de minas antipersonales:

Presencia de minas antipersonales. 24 personas manifestaron que las minas antipersonales constituyen una barrera para el acceso a los servicios de salud. La distribución geográfica de tales personas refleja las disparidades entre regiones del uso de minas en Colombia. Si bien es cierto que por el aumento de accidentes por minas en el país se esperaría un porcentaje superior, el hecho de que un 2,8% de la población no vaya al médico por la presencia de minas antipersonales no es un dato irrelevante.

Confinamiento:

Tuvimos un reporte de 48 personas que se declararon confinadas y 40 de éstas señalaron el confinamiento como una barrera para acceder a la salud (un 83% de los confinados). Sin embargo, hay poblaciones que sufren este fenómeno pero que en la encuesta no reflejaron lo observado por los equipos de MSF.

19,9% de la muestra relacionó sus problemas de acceso a algunas de estas dinámicas: presencia de actores armados, presencia de minas antipersonales y confinamiento.

	Frecuencia	Porcentaje*
Presencia de actores armados	157	18,6
Presencia de minas antipersonales (MAP)	24	2,8
Confinamiento	40	4,7

Tabla No. 3:
Resumen de las barreras de acceso por problemas de seguridad real.
(*). Este porcentaje está calculado sobre 844 encuestas

Si bien las cifras relacionadas con minas antipersonales y confinamiento son bajas, comparadas con la totalidad de la muestra, la realidad es que para estas poblaciones específicas son dos razones muy relevantes para no ir al médico. En el caso de presencia de minas antipersonales, el porcentaje cambia de región a región, dependiendo de la intensidad del fenómeno de minado.

“Eran como cinco para salir al monte a cazar, iban caminando en fila y el iba de ultimas en la cola... él puso el pie exactamente en la mina y pum! Contaron que quedó vivo, los compañeros se desesperaron mucho, él reclamaba que no lo dejaran ahí, entonces lo agarraron y lo cargaron hasta el río. Pasaron por un pueblito pero allá no hay centro de salud, siguieron al otro pueblo pero tampoco había algo de salud ni ayuda, bajando murió, no alcanzaron a llegar... en ninguna parte encontraron unos primeros auxilios. Está enterrado allá arriba, lo velaron en la escuela. Era mi amigo”

Mujer de 18 años



© Mads Nissen

3.1.2. Problemas de seguridad sentida

En el caso de la seguridad sentida, se preguntó por comunidad estigmatizada, miedo a presencia de actores armados, falta de confianza y miedo a la discriminación. Un 37,5% de las personas encuestadas manifestó algún tipo de miedo y/o desconfianza que le obligó a aplazar su visita a los servicios de salud. Esto mismo se observa en algunas zonas urbanas donde las barreras físicas no existen, las económicas son salvables y tienen acceso a información, pero no asisten al sector salud por miedo.

37.5% de las personas encuestadas manifestó algún tipo de miedo y/o desconfianza que le obligó a aplazar su visita a los servicios de salud.

Comunidad estigmatizada:

La polarización de la sociedad, la grave crisis de intolerancia y la satanización del contradictor, contribuyen a esta forma de violencia cultural. Así, personas de comunidades que sufren los horrores del conflicto, luego no son bienvenidas a los servicios de salud bajo la acusación velada de pertenecer a alguna de las partes del conflicto armado. Casi un 9% de los encuestados se reportó como perteneciente a una comunidad estigmatizada.

Miedo a la presencia de actores armados:

Esta pregunta no explora los problemas de acudir a los servicios de salud por la presencia de actores armados sino el miedo a encontrarlos, lo primero ya fue medido anteriormente. Más de un 23% de los encuestados no va al médico o aplaza su visita por miedo a la eventual presencia de combatientes. Dicho de otra manera, 83 personas (casi el 10% de la muestra) no asistieron por miedo sin estar expuestas de manera directa a la presencia de combatientes.

Falta de confianza:

Un total de 88 personas (10,4% de la población encuestada) manifestó sentir algún grado de desconfianza en relación con el personal de salud. Esto se explica, además, como una consecuencia de la posición de vulnerabilidad del sector salud, que puede ser usado, contra su propósito y su voluntad, como una fuente de información para los actores armados. Esta sensación de desconfianza no es nueva, incluso hay desplazados forzados que se rehúsan a dar su nombre en instituciones de salud porque persiste en ellos, no gratuitamente, el temor de que sus datos –nombre, nueva dirección, etc. – lleguen a manos de los que hacen la guerra.

Miedo a discriminación:

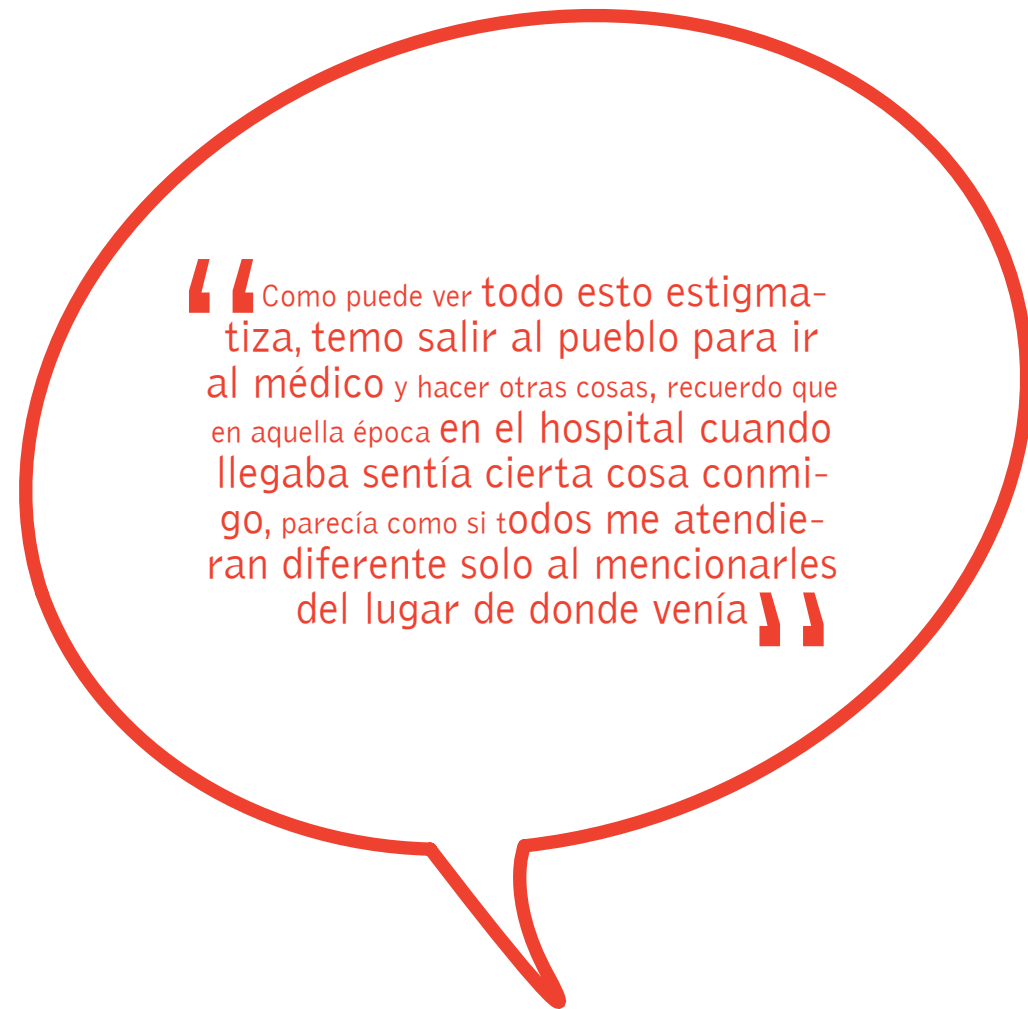
En esta pregunta exploramos cómo el miedo a una eventual discriminación previno a las personas encuestadas de ir al sector salud. Y el dato de un 9,2% de personas que no van por miedo a ser discriminadas demuestra tanto la violencia estructural, como la autoconciencia de dicha discriminación.

Más de un 23% no va al médico ó aplaza su ida al médico por miedo a la eventual presencia de combatientes.

	Frecuencia	Porcentaje*
Comunidad estigmatizada	74	8,7
Miedo a presencia de actores armados	199	23,5
Falta de confianza	88	10,4
Miedo a discriminación	78	9,2

Tabla No. 4:
Resumen de las barreras de acceso por problemas de seguridad sentida
(*) Este porcentaje está calculado sobre 844 encuestas

Al examinar el miedo en cada uno de los grupos de víctimas estudiados, encontramos lo siguiente: de un total de 48 personas que se consideraron confinados, 39 manifestaron tener miedo de asistir a los servicios de salud. Manifestaron lo mismo 127 desplazados de 133, y 91 retornados de 96. Si el promedio general fue del 37,5%, se puede observar que los porcentajes de miedo para tres de los grupos estudiados es más del doble del promedio de la muestra.



Hombre de 45 años

3.2 Acceso físico

El acceso físico fue incluido precisamente porque los programas de MSF están, en su mayoría, en zonas alejadas donde confluye el conflicto armado y la exclusión social. Como se verá más adelante, hay factores que alimentan el debate sobre los sistemas de referencia, la extensión de la red de salud en las zonas rurales y, en general, sobre el transporte de heridos y de enfermos. De las personas encuestadas, 751 (un 76,8%) manifestaron tener problemas de acceso físico a los servicios de salud. Para precisar la variable de acceso físico, exploremos los problemas de lejanía, falta de vías, falta de medios de transporte y obstáculos naturales.

De las personas encuestadas 751 (un 76.8%) manifestaron tener problemas de acceso físico a los servicios de salud.

Lejanía: El 60% incluyó la lejanía como uno de los factores para no ir al médico (586 personas de la muestra). Si, como vimos, la mayoría de personas necesitan viajar entre 1 y 8 horas para llegar al médico, la lejanía “esconde” la variable de falta de servicios de salud, ya que la población debe recorrer enormes distancias para acceder a los servicios porque, en muchas ocasiones, los centros de salud más próximos fueron abandonados y no cuentan con el personal ni el equipamiento indispensable.

Falta de carreteras o vías: La queja por la falta de vías fue manifestada por 158 personas (un 15,8%). Recordemos que un 42,5% usa vías fluviales para llegar al médico, entonces, si excluyéramos los ríos, tendríamos un porcentaje aún mayor de problemas de acceso por falta de vías.

Falta de medios de transporte:

Para el 38,9% de la población (380 personas), su problema de acceso físico es la falta de medios de transporte. Las autoridades colombianas de salud han tratado en el pasado de implementar la red nacional de urgencias y mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes, pero las áreas alejadas siguen teniendo, como se deduce de la información recolectada y como ven día a día los equipos de MSF, un alto déficit de medios de transporte en caso de urgencias en salud.

Obstáculos naturales:

La geografía colombiana es una barrera directa al acceso de los servicios de salud para el 21,6% de los encuestados (211 personas). Aunque no pretendemos buscar responsables por este motivo, sí queremos resaltar la vulnerabilidad de las poblaciones lejanas, sin acceso físico a los servicios de salud. MSF ha observado que la presencia de obstáculos naturales empuja a la gente a buscar servicios de salud en zonas más accesibles; el problema es que muchas veces dichas zonas no pertenecen al mismo departamento y, en los servicios de salud receptores, como se estudiará más adelante, hay una tendencia generalizada a rechazar a las personas que no son del mismo departamento por razones burocráticas.

	Frecuencia	Porcentaje*
Lejanía	586	60
Falta de carreteras o vías	154	15,8
Falta de medios de transporte	380	38,9
Obstáculos naturales	211	21,6

Tabla No. 5: Resumen de los problemas de acceso físico (*). Nótese que una misma persona pudo estar expuesta a diferentes barreras físicas



© Thomas Prochnow

“ Fue el caso de una señora de aquí, de más o menos como 65 años, era una vecina y sufría del corazón, y hace como 15 días por la noche los hijos la sacaron de urgencia para el pueblo; casi no consiguen en que llevarla finalmente don José les ayudo con un motor que él tiene. En el pueblo no la quisieron atender por que no tenía carnet de salud o como que no era de allí, entonces sus hijos pelearon y hablaron para que pudieran atenderla y lo único que hicieron fue remitirla para Medellín y en el hospital en Medellín murió sin que la alcanzaran a atender ”

Mujer de 30 años

3.3 Acceso a la información

Información también implica el conocimiento que debería tener la población de sus derechos en materia de salud. Este apartado incluye lo relacionado con la documentación para acceder a los servicios de salud, en los casos en que la falta de tal documentación está asociada con problemas de acceso. En este sentido, 391 personas (40%) manifestaron haber tenido dificultades de acceso debido a problemas de información. Esto confirma la observación cotidiana por parte de los equipos de MSF de que la gente no conoce de sus derechos.

391 personas (40%) manifestaron haber tenido dificultades de acceso debido a problemas de información

Carencia de Documentación:

Éste es un ejemplo, además, de exclusión en el sistema de salud (14,9% de los casos). Falta de documentos en general o de carné de salud en particular constituyen serias barreras que, como se verá, casi siempre terminan en la negación de la atención.

Derecho a Urgencias gratuitas:

Casi el 20% de las personas manifestó no saber que las urgencias médicas eran gratuitas. Aquí el término gratuidad, más que referirse al no pago, se refiere a que no se necesita pagar por adelantado para obtener la ayuda médica necesaria. Dicha ignorancia lleva, en el mejor de los casos, al pago de servicios, con mucho esfuerzo por aquellos que pueden, o a la decisión de no asistir al servicio de salud ni siquiera en caso de urgencia.

Derechos como usuario:

Un 22% de las personas encuestadas (215 personas carné del régimen contributivo o subsidiado) reclamó por la falta de claridad de sus derechos como usuario. Es decir, personas con carné de salud no son atendidas, ni siquiera de acuerdo con los contratos de atención firmados entre los pacientes en cuestión y las instituciones de salud.

“No contamos con puestos de salud en las veredas y, el centro de salud es lo más cercano, uno llega enfermo y para completar no hay médico, y si solo tiene carnet del SISBEN le cobran aunque dicen que las urgencias no se deben cobrar”

Hombre de 27 años

	Frecuencia	Porcentaje*
Carencia de documentación	146	14,9
Derecho a Urgencias gratuitas	189	19,3
Derechos como usuario	215	22

Tabla No. 6:
Resumen de los problemas por limitaciones en la información
(*) Nótese que una misma persona pudo estar expuesta a diferentes barreras de falta de información.



© Charla Jones

“ A él le daba como un mal, unos ataques, cuando se puso ya muy mal tocó llevarlo al hospital, allá siempre me pedían que los papeles, que sin eso no podían atenderlo. Como el era desplazado les tocó atenderlo y eso porque mi mamá se puso a hacer unas vueltas para sacarle la carta de desplazado, hasta tuvo que ir la líder de la comunidad, ella entró al hospital y les habló de los derechos de las personas, después de eso al fin lo atendieron ”

Mujer de 21 años

3.4 Acceso y discriminación

Este apartado explora la discriminación en casos como: mujeres, indígenas, negritudes, desplazados, retornados y/o comunidades estigmatizadas por apoyar supuestamente a una de las partes del conflicto. En el caso de ciertas comunidades, se suman problemas de barreras culturales y lingüísticas que acentúan la discriminación. De las personas encuestadas, 328 (un 33,6%) manifestó haber sufrido algún tipo de discriminación una vez llegó al servicio de salud.

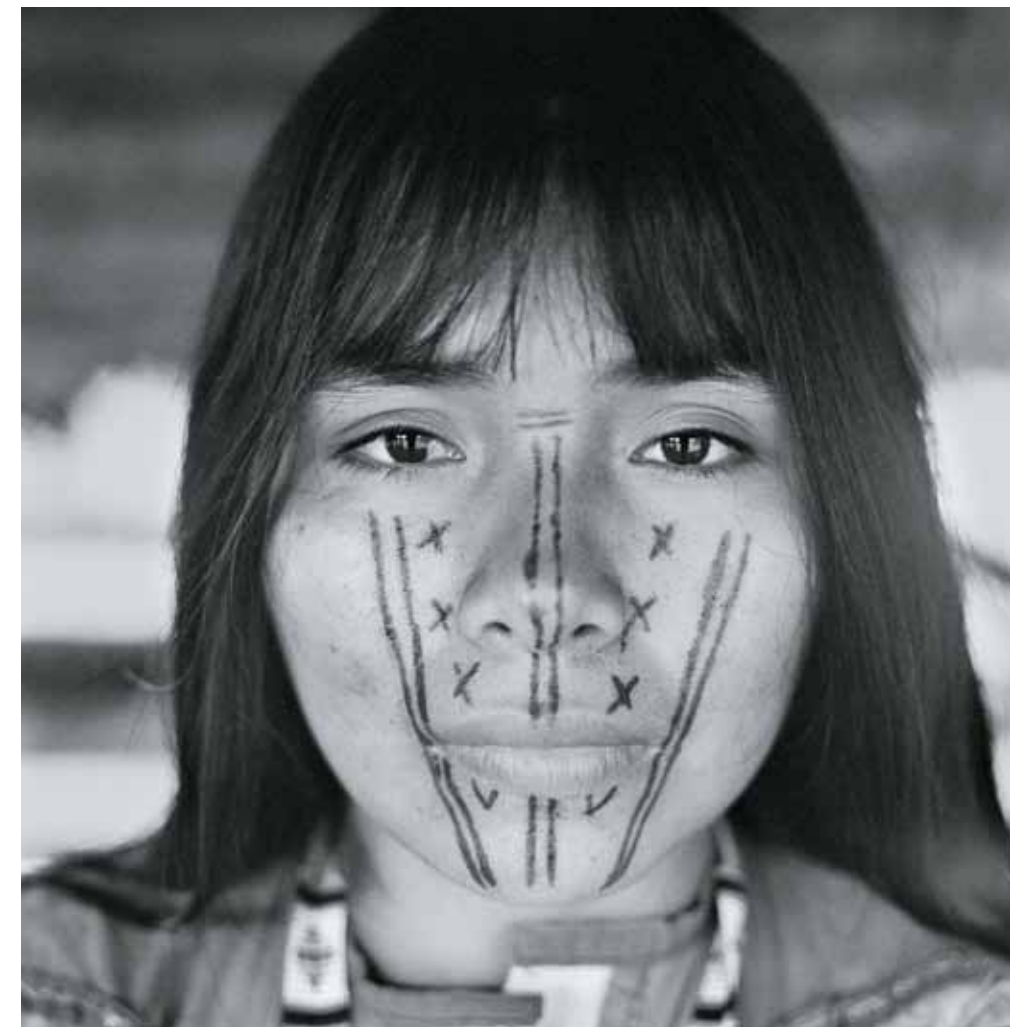
Si miramos estas cifras teniendo en cuenta el número de personas que se identificó como perteneciente a estas categorías, encontramos que 54 indígenas se sintieron discriminados de un total de 160. Y de un total de 148 desplazados, 29 manifestaron haber sentido discriminación por su condición. Es decir, un 33,8% de los indígenas y un 19,6% de los desplazados encuestados se sintieron discriminados en los servicios de salud.

	Frecuencia	Porcentaje*
Por ser pobre	110	11,3
Por estar afiliado a otro departamento	68	7
Por ser indígena	54	5,5
Por ser mujer ⁸	45	4,6
Por ser desplazado	29	3,0
Por ser negro	21	2,1
Por ser retornado	13	1,3
Por otras causas ⁹	117	12,24

Tabla No. 7:
Resumen de los problemas de acceso por discriminación
(* Este porcentaje es sobre el total de la muestra de 977 personas.

⁸ Aquí no evaluamos el machismo como expresión de la violencia cultural, examinamos la discriminación sentida en los servicios de salud explicada, según la persona encuestada, por su condición de ser mujer, y que dio casi 5%.

⁹ Otras causas de discriminación fueron: amiguismo (4 casos), estigma (1), no hablar español (17), no tiene carne (6), no urgencia vital (2), origen rural (41), origen zona roja (7), ser discapacitado (2), población flotante (16), y tener terceros a cargo (21) para un total de 117 casos.



© Stephan Vanfleteren

33,8% de los indígenas y 19,6% de los desplazados encuestados se sintieron discriminados en los servicios de salud.

3.5 Acceso económico

“ Allá en el hospital uno va porque tiene hijo enfermo de fiebre, pero médico solo dice que tiene que dar agua, allá no dan remedio y toca esperar mucho tiempo, uno viaja llega a la mañana tempranito pero pasa tiempo y no atienden uno se aburre y sin comer mejor se va en la tarde. A uno NO entienden y no explican cosas y demora siempre en el hospital ”

Mujer indígena de 28 años

El acceso económico depende claramente de dos dinámicas: por un lado, el establecimiento de copagos, cuotas moderadoras y otras formas similares de políticas de recuperación de costos en salud y, por otro, la poca o nula capacidad de pago de las personas, especialmente en las zonas rurales y alejadas. Es decir, la accesibilidad económica refleja tanto la exclusión social de los pobres como las barreras que el sistema de salud impone incluso a los más pobres. Las ba-

rreras económicas reportadas se asocian con copagos que impiden a las personas ir al médico, pero la gente no las reportó como culpa del sistema. MSF ha constatado que los copagos y políticas de recuperación de costos en los sistemas de salud sí generan una barrera importante al acceso.¹⁰ En nuestra encuesta, 802 personas (el 82,1%) manifestaron tener problemas de acceso debido a barreras económicas.

Pago de transporte:

El no poder pagar los medios de transporte constituye el 69,6% de los casos reportados (680 personas). Podría argumentarse que la salud y el acceso a la misma no pueden medirse por variables tan “externas”, pero sin duda, tanto las consecuencias aquí descritas como las observadas por MSF demuestran que no es posible divorciar el acceso del transporte, especialmente en los casos en que hay una alta carencia de servicios de salud.

Pago de servicios de salud:

En un país donde más del 10% del PIB se gasta en salud, es preocupante que no hay mecanismos efectivos de solidaridad que permitan a los excluidos ser atendidos, sin que esta atención dependa de su capacidad de pago. Aún resolviendo el problema del transporte, casi un cuarto de la población encuestada (24,2%) reportó no tener capacidad de pago de servicios de salud.

En nuestra encuesta, 802 personas (el 82,1%) manifestaron tener problemas de acceso debido a barreras económicas.

¹⁰ MSF: *Access to healthcare in Burundi – results of three epidemiological surveys*, May 2004; MSF: *Access to healthcare, mortality and violence in Democratic Republic of the Congo – results of five epidemiological surveys: Kilwa, Inongo, Basankusu, Lubutu, Bunkeya* – March to May 2005

Casi un cuarto de la población encuestada (24.2%) reportó no tener capacidad de pago de servicios de salud.

Compra medicamentos:

Esta barrera fue reportada también por las personas afiliadas al sistema de salud, porque las políticas de medicamentos funcionan sobre una lista de medicamentos cerrada que recorta la labor médica o que empuja a la formulación por fuera del sistema público. Un 34,3% de personas manifestó no tener capacidad para comprar medicamentos. Cuando la compra de medicamentos debe hacerse en otras zonas, entran en juego barreras de acceso físico y económico, disponibilidad de medios de transporte y, de nuevo, el paciente termina atrapado en una espiral de barreras.

Un 34.3% de personas manifestó no tener capacidad para comprar medicamentos

Pago de viáticos:

Entendemos por viáticos todos los gastos de manutención que deben asumir las personas al llegar al servicio de salud (por ejemplo, transporte, comida, alojamiento, gastos de un acompañante, etc.). Esta barrera no debe verse sólo en el marco de los gastos del paciente, sino como un gasto que afecta a todo el núcleo familiar. En el caso de menores de edad enfermos, un adulto debe acompañarles; en algunos casos, las madres viajan con sus hijos porque no tienen a alguien más que ayude en su cuidado. En estos dos últimos casos, obviamente, los gastos de viáticos aumentan. El 42% de los de los encuestados manifestó no poder pagar los viáticos (410 personas).

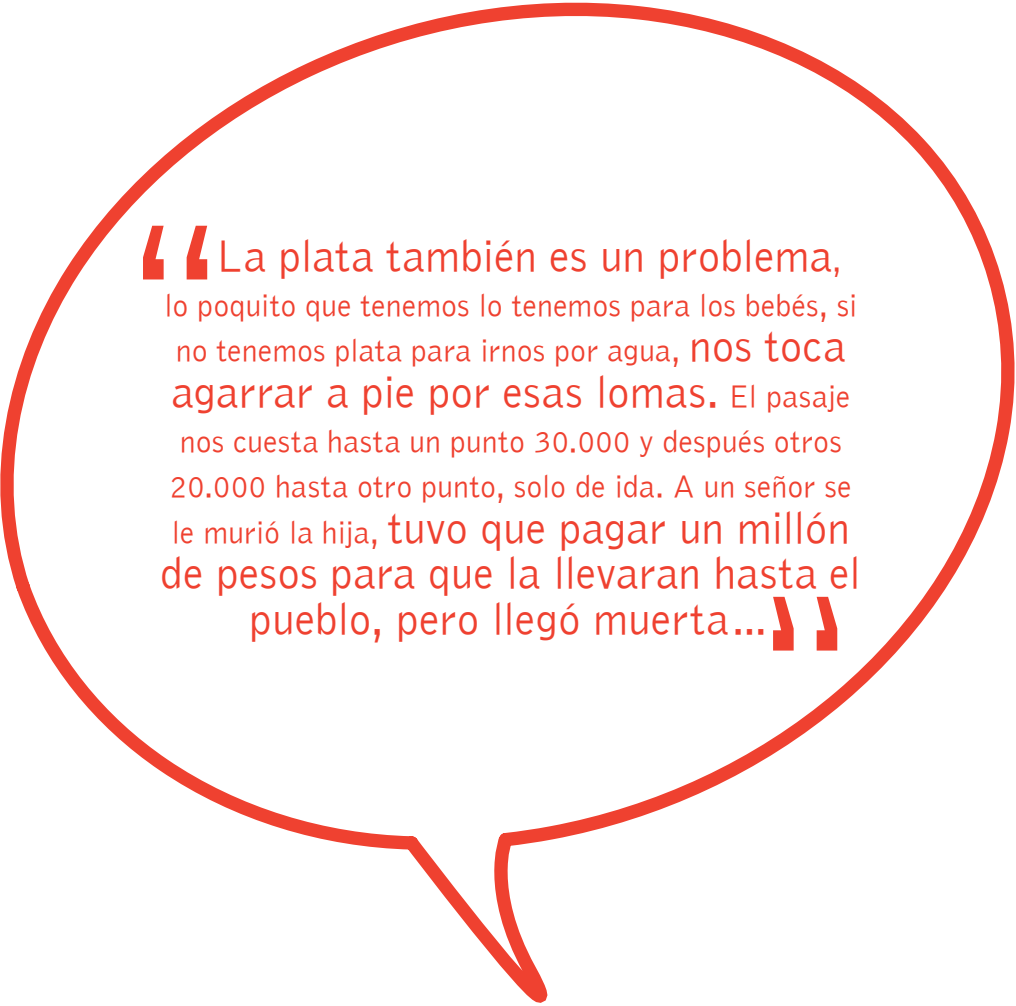
Tabla No. 8:
Resumen de los problemas por barreras económicas
(* Nótese que una misma persona pudo estar expuesta a diferentes barreras económicas)

	Frecuencia	Porcentaje*
Pago de transporte	680	69,6
Pago de servicios de salud	236	24,2
Compra de medicamentos	335	34,3
Pago de viáticos	410	42

“A mi hija de 11 años hace poquito le dio una fiebre muy alta, como cuando a uno le da tifo, se le peló la boca y convulsionaba. No hemos podido llevarla al médico porque es muy lejos y sale muy caro. Ahora está mejor, pero no la pudo ver ningún médico”

Mujer de 36 años

No medimos aquí cómo el conflicto armado afecta a la economía local y, por tanto, a la capacidad de pago de servicios de salud. En todo caso, hay suficiente evidencia del impacto del conflicto armado colombiano sobre la economía de las víctimas. Según el Comité Internacional de la Cruz Roja, el 38% de las víctimas en Colombia reportó pérdida de ingresos económicos¹¹ y el 66% de los hogares desplazados en Bogotá están por debajo de la línea de indigencia.¹²



“ La plata también es un problema, lo poquito que tenemos lo tenemos para los bebés, si no tenemos plata para irnos por agua, nos toca agarrar a pie por esas lomas. El pasaje nos cuesta hasta un punto 30.000 y después otros 20.000 hasta otro punto, solo de ida. A un señor se le murió la hija, tuvo que pagar un millón de pesos para que la llevaran hasta el pueblo, pero llegó muerta...”

¹¹ INTERNATIONAL COMMITTEE OF THE RED CROSS: *Our world, views from the field. Colombia Opinion Survey and in-depth research*, Ginebra, diciembre de 2009, p. 21

¹² COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA / PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS: *Una mirada a la población desplazada en ocho ciudades de Colombia*, Bogotá, noviembre de 2007, p. 37

Mujer de 36 años



© Charla Jones

“ Hace una semana no tenía como sacar el niño que estaba todo enfermito, vomitando... los médicos me lo vieron pero la enfermera no le quiso dar los medicamentos. Entonces yo le rogué al médico para que me recetara algo particular porque la enfermera le dijo al médico que no me podía dar ninguna droga...” ”

Mujer de 29 años

A large, stylized red brushstroke graphic that starts from the bottom right and extends upwards and to the left, partially overlapping the text.

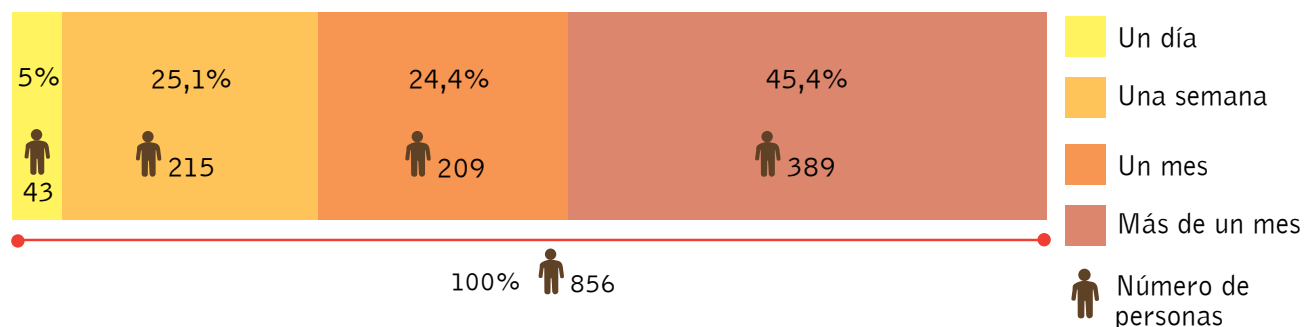
4

Consecuencias de los
problemas de acceso a
los servicios de salud

4.1 Aplazamiento para ir a los servicios de salud

Un 87,6% de los 977 encuestados (856 personas) reportó haber aplazado ir a los servicios de salud, a pesar de haberlos necesitado en los últimos 12 meses. Es necesario aclarar que, como lo muestran los datos disponibles, no podemos concluir que el 12,4% restante que no aplazó tuvo un acceso adecuado a los servicios. De este 12,4% (121 personas) que manifestó no haber aplazado, 53 personas reportaron algún problema para acceder a los servicios de salud. Las personas que respondieron haber pospuesto su visita a los servicios de salud fueron preguntadas a continuación sobre el tiempo en promedio del aplazamiento. Éste fue medido usando las variables del cuadro siguiente:

Un 87,6% de los 977 encuestados (856 personas) reportó haber aplazado ir a los servicios de salud, a pesar de haberlos necesitado en los últimos 12 meses.



Gráfica No. 4: Tiempo de aplazamiento para asistir a los servicios de salud

De las 856 personas que reportaron haber aplazado ir a los servicios de salud, el 69,8% aplazó un mes o más de un mes. Y el 95% aplazó una semana o más de una semana. Es decir que sólo un 5% aplazó menos de una semana, lo que demuestra no sólo un alto porcentaje en la población que aplaza ir a los servicios de salud (87,6%) sino que además el tiempo de aplazamiento es considerable en términos de prolongación del dolor, dignidad humana, acceso oportuno a tratamientos, riesgo de complicaciones médicas, etc.

Al estudiar el aplazamiento de la asistencia a los servicios de salud, comparando el área urbana con el área rural, encontramos que el fenómeno no muestra grandes diferencias. Es decir, si bien es cierto que la primera impresión pareciera que los problemas propios del área rural limitan más a la población, encontramos que la población urbana excluida socialmente presenta porcentajes similares de problemas de acceso, con un 88,6% de las personas del área rural y un 81,29% del área urbana, lo que no es una gran variación. Aunque esto no puede extenderse a todas las zonas urbanas, sí nos dice que las personas encuestadas de zonas urbanas marginales, excluidas, afectadas por el conflicto y/o receptoras de víctimas del conflicto tienen limitaciones de acceso a salud en un porcentaje similar al de la población rural encuestada.

Véase que, en el total de la muestra, el aplazamiento fue del 87,6%. Si tenemos en cuenta el aplazamiento de la población de acuerdo a su condición de víctima, encontramos los siguientes datos: el aplazamiento en población desplazada se dio en el 91,2%; en retornados, 95,8%; y en confinados, 95,8%. Es decir, varios puntos por encima del promedio general de la población encuestada.

De las 856 personas que reportaron haber aplazado ir a los servicios de salud, el 69,8% aplazó un mes o más de un mes. Y el 95% aplazó una semana o más de una semana

4.2 Prestación inadecuada por discriminación

Las experiencias de discriminación en los servicios de salud, por las razones expuestas anteriormente, significaron para los usuarios muchos problemas, entre ellos, no ser atendidos (caso del 16,1% del número total de encuestados). Así mismo, el 7% abandonó voluntariamente el servicio, lo que en todo caso es discutible porque algunas veces se registra como abandono “voluntario” lo que no es más que una negación del servicio. Un 7,9% que reportó maltrato nos adentra en un tema aún más complicado: el problema de la dignidad de la persona en la relación médico-paciente.

	Frecuencia	Porcentaje*
Demora injustificada	219	22,4
No ser atendido	157	16,1
Maltrato por personal de salud	77	7,9
Abandono voluntario del servicio	68	7
Maltrato por otros pacientes	13	1,3

Tabla No. 9: Consecuencias de la discriminación en los servicios de salud
 (*) Nótese que una misma persona pudo sufrir diferentes consecuencias por discriminación.

Al cruzar datos, encontramos hallazgos significativos. Mientras un 33,6% de la muestra manifestó haber sufrido experiencias de discriminación, en el caso de los afiliados a otros departamentos (68 personas), 64 de ellos manifestaron que no fueron atendidos debido al origen de su afiliación, es decir, el 94,1%.

La discriminación por falta de capacidad de pago ha sido demostrada en otras investigaciones¹³. Pero el problema no es sólo la discriminación en sí, sino también sus consecuencias inmediatas, tales como el abandono del servicio de salud, el maltrato o la no atención y, peor aún, las consecuencias médicas como la prolongación del sufrimiento, la discapacidad e incluso la muerte.

Hay un tipo de discriminación que preocupa especialmente, la que se da contra los desplazados. La Corte Constitucional ha dicho que esta condición se define de facto y, por tanto, no depende de portar o no una carta que acredite el desplazamiento, como lo exigen los servicios de salud. Peor aún, en el caso de las personas desplazadas con registro en el SISBEN, estas son, constantemente rechazadas; se argumenta que la víctima debe regresar al lugar donde fue expulsada (a riesgo de perder la vida) y desafiarse del SISBEN de allí para entonces poder ser afiliada otra vez en su nuevo lugar de vivienda, lo que supera toda lógica.

En el caso de los afiliados a otros departamentos (68 personas), 64 de ellos manifestaron que no fueron atendidos debido al origen de su afiliación, es decir 94,1%



© Patricia Rincon Mautner

¹³ Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Universidad Nacional de Colombia: *Inequidad social en salud. El caso de Bogotá*, Bogotá, 2009

4.3 Consecuencias médicas de la falta de acceso

“ yo tuve que salir corriendo de mi casa, hace como 8 meses, allá trabajaba la tierrita. Llegaron unos tipos armados y nos amenazaron con matar-NOS a todos nosotros incluidos mis hijos si seguíamos allí, salimos corriendo con lo que traíamos puesto, se me olvidó sacar los carnét de salud que estaban en el armario y cuando fui al servicio de salud para que me atendieran, me dijeron que no porque yo aparecía como afiliado en otro departamento y que tenía que ir hasta allá para desafiliarme o no me podían volver a censar para hacerme a la salud aquí, por eso he dejado de ir, Si vuelvo a mi pueblo por los carnét me matan y sin ellos no puedo volverme a afiliar ”

Hombre de 43 años

Prolongación del sufrimiento:

El problema no es solamente que la población no pueda acceder a la salud, sino las consecuencias que esto tiene. En el análisis de la prolongación del sufrimiento no pretendemos cuantificar cuánto sufren, lo importante es que el 69,1% de las personas encuestadas han prolongado su sufrimiento y lo asocian con la falta de acceso. No se debe entender la expresión de esta prolongación en sentido reducido, sino en sentido amplio, pues no es sólo un problema de síntomas, se trata del sufrimiento de una persona en un entorno excluyente y violento.

Las consecuencias, como la prolongación del sufrimiento, no deben frivolizarse; sentir dolor durante horas o días no es algo menor. El dolor es para muchos, aunque no sea exacto, lo equivalente a la enfermedad. El dolor puede conducir a cometer errores, a buscar salidas terapéuticas inadecuadas, a abrir el camino hacia el irrespeto de la dignidad. Para casi el 70% de la muestra, ésta fue la consecuencia de la falta de acceso a servicios de salud.

Complicaciones médicas:

Casi el 23% de las personas reportaron que las complicaciones médicas fueron la consecuencia directa de la falta de acceso a la salud. Es decir, a los ojos de las 977 personas encuestadas, sus enfermedades se hicieron más difíciles de manejar, ya no solo por el dolor físico sino por el agravamiento de su condición médica. Como se observó a través de los talleres realizados, a medida que aumentaba el aplazamiento, las posibilidades de recuperación disminuían, los costos de atención aumentaban y el número de medicamentos se incrementaba. El aplazamiento hace que, para casi una de cada cuatro personas, la percepción de su condición médica sea de empeoramiento.

El 69,1% de las personas encuestadas han prolongado su sufrimiento y lo asocian con la falta de acceso.

A medida que aumentaba el aplazamiento las posibilidades de recuperación disminuían, los costos de atención aumentaban, el número de medicamentos se incrementaba

Discapacidad:

Entendemos como discapacitado a “la persona limitada para algunas actividades a causa de una deficiencia física o psíquica”¹⁴ y ésta es la definición común entendida por las personas encuestadas, que reportaron un 1,2% de casos de discapacidad asociada con falta de acceso a los servicios de salud.

Este número es matizable (1,2%), pues la percepción de discapacidad entre campesinos, indígenas y comunidades negras no es la misma que la que se tiene en las ciudades. Los procesos de adaptación al entorno o la existencia de una red de apoyo (por ejemplo, las familias extensas indígenas) hace que la discapacidad sea asumida de otra manera.

Muerte de un familiar:

Esta pregunta busca explorar la muerte de un familiar asociada a problemas de acceso en salud, desde la percepción de las personas encuestadas. Preguntamos si conocía de un familiar que hubiera muerto por problemas de acceso en salud y el 31,9% contestó que sí. Es cierto que las personas pueden estar calificando erróneamente la causa de la muerte y culpando al servicio de salud de condiciones médicas que, aún en un buen servicio de salud, no serían mejorables. Pero el hecho de enfrentar la muerte de un familiar posiblemente sin que la persona enferma llegara a ser evaluada por un médico o lo fuera de forma tardía, por lo menos, suscitar la reflexión a que haya lugar.

Preguntamos si conocía de un familiar que hubiera muerto por problemas de acceso en salud y 31,9% contestó que sí.

	Frecuencia	Porcentaje*
Prolongación sufrimiento	675	69.1
Complicaciones médicas	212	22.9
Discapacidad	12	1.2
Muerte (de algún familiar)	312	31.9

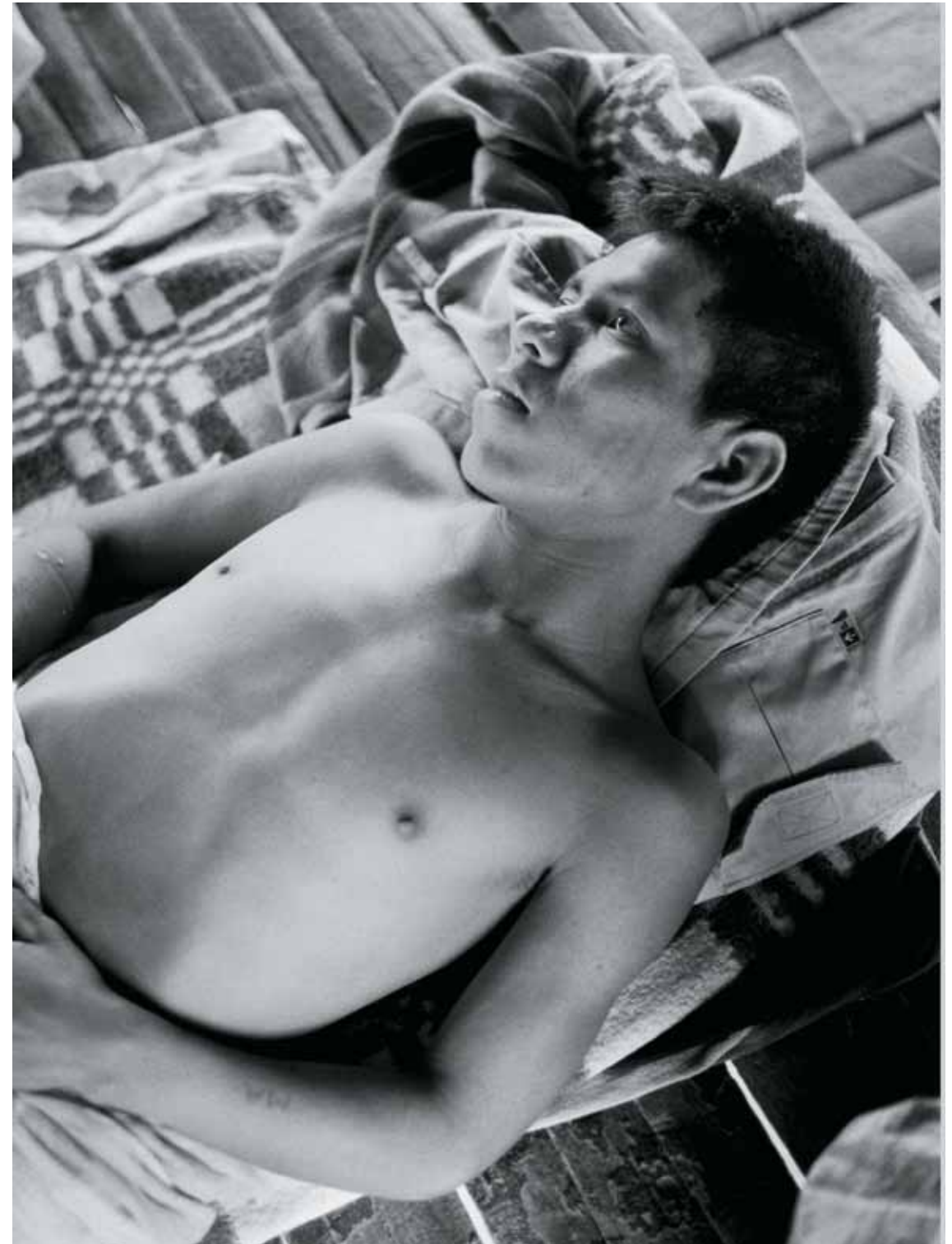
Tabla No. 10: Consecuencias de los problemas de acceso en salud
(*) Nótese que una misma persona pudo sufrir diferentes consecuencias.

De toda la información recogida y analizada a lo largo de este capítulo se desprende que la falta de acceso a la salud no es una mera disfunción administrativa del sistema, sino que esta falta de acceso tiene unas consecuencias médicas y humanitarias dramáticas en la población colombiana, consecuencias que derivan en la prolongación del sufrimiento, en las complicaciones médicas, en la discapacidad y, en los casos más dramáticos e irreparables, la falta de acceso a la salud termina inexorablemente conduciendo a la muerte.

¹⁴ Real Academia de la Lengua Española: *Diccionario de la lengua española*, 2005, vigésima segunda edición.

“ El viernes mi hijo llegó quejándose de dolor en el abdomen por lo que lo llevaron al hospital donde se negaron a prestarle atención, después de haber llegado al segundo hospital tampoco querían atenderlo, era fin de semana y no habían médicos, por lo que no me quedó de otra sino enojarme y decirles, que si era que me iban a dejar morir mi hijo, que si no lo atendían me firmarían un papel diciendo las razones por las que se negaban a hacerlo – porque es que uno conoce sus derechos – entonces lo recibieron, lo revisaron las enfermeras y yo pedía al doctor, pero me dijeron que no era para tanto, lo llevaron a un cuarto y le pusieron suero y le dieron pastillas para el dolor por el fin de semana. Para el día lunes que llegó el doctor a revisarlo, ya no había nada que hacer sino enterrarlo ”

Mujer de 40 años



© Stephan Vanfleteren



A large, stylized red brushstroke graphic that starts from the bottom right and extends towards the top right, with a rough, hand-painted texture.

5 Conclusiones

La población colombiana de las zonas rurales afectadas de manera directa por el conflicto armado, zonas socioeconómicamente excluidas y/o zonas receptoras de víctimas, enfrenta barreras constantes para acceder a los servicios de salud, como consecuencia de determinadas políticas y prácticas.

En nuestro análisis encontramos dos dinámicas sobre las que gravitan la mayor parte de barreras para el acceso: el sistema de salud y su implementación por un lado y el conflicto armado interno por el otro. Estas dinámicas, en su conjunto, causan que el 87% de las personas entrevistadas aplacen ir a los servicios de salud, muchas de ellas, hasta un mes o más.

Las dos dinámicas mencionadas son también responsables de los problemas de acceso que las personas asocian a la prolongación de sus sufrimientos (69%), complicaciones médicas (22,9%), discapacidad (1,2%) y muerte de un familiar (31,9%). Las estadísticas muestran que hay una mayor falta de acceso para personas del área rural, vulnerables (campesinos, indígenas y comunidades afrocolombianas) y víctimas directas del conflicto (desplazados, confinados y retornados).

De las 977 voces escuchadas, se desprenden al menos tres evidencias que tienen un incuestionable vínculo con el sistema de salud y su implementación:

- El sistema de salud no resuelve los problemas derivados del muy alto porcentaje de población rural que vive alejada de los centros urbanos, por lo tanto, es imprescindible tanto expandir la red de servicios de salud, como disponer de un sistema de referencia y contrarreferencia que permita el traslado efectivo y oportuno de los pacientes.
- El sistema de salud a través de los copagos, impone barreras económicas a menudo infranqueables para las clases sociales menos favorecidas, que tienen que pagar cantidades inalcanzables para ellos por la atención médica y por los medicamentos que reciben.
- La tercera está relacionada con los problemas en la implementación del propio sistema de salud, reflejados en la discriminación que sufre una parte muy importante de la población, la falta de información y la significativa proporción de la población que aun no está registrada en el sistema.

Por este motivo, es indispensable ampliar los servicios prestados cuantitativa y cualitativamente, que éstos sean gratuitos para una cantidad mayor de ciudadanos y que los medicamentos necesarios, estén disponibles en las estructuras de salud pertinentes.

El conflicto colombiano, por su parte, afecta al acceso por lo menos de dos maneras: como causa directa por la propia situación de seguridad (presencia de actores y minas antipersonales, miedo, etc.) y como agravante de las causas estructurales que dificultan el acceso a la salud: El conflicto propicia la existencia de barreras físicas (puestos de salud abandonados y sin personal, falta de medios de transporte), económicas (encarecimiento de los medios de transporte, impacto en la renta disponible de las personas) y por discriminación (por ser desplazados, retornados, confinados).

Es cierto que la presencia de actores armados, tanto estatales como no estatales, tiene implicaciones en la seguridad de las personas para poder acceder al sistema de salud, pero el conflicto armado no puede ser utilizado sistemáticamente como un pretexto para no abordar problemas estructurales. El Estado Colombiano debe poner en marcha las estrategias adecuadas para garantizar el acceso a la salud de las personas que viven en las zonas rurales más afectadas por el conflicto.

Las encuestas y entrevistas realizadas además han constatado lo mismo que MSF ha presenciado en Colombia en los últimos años: el abandono de estructuras médicas (especialmente en las áreas rurales), la falta de servicios que deberían estar implementados y que no existen, y los problemas médicos que provocan la falta de recursos económicos de las clases más desfavorecidas.

Es indispensable que las autoridades correspondientes reconozcan las consecuencias del conflicto armado, de la falta de equidad del sector salud y del impacto que estos dos fenómenos producen en el acceso a la salud, especialmente de la población más vulnerable. Este reconocimiento debe ir acompañado de la implementación de estrategias y acciones efectivas para eliminar las barreras de acceso a la salud de los colombianos y las colombianas.

Anexo I: Glosario

Confinamiento: “Se configura una situación de confinamiento cuando los hechos del conflicto puestos en marcha por los actores armados en un territorio específico, conducen al aislamiento –incluso voluntario- de la población civil, restringiendo o impidiendo el derecho a la libre circulación y el disfrute de los derechos fundamentales, en conexidad intrínseca con el derecho a la vida, aumentando el riesgo sobre la misma, proyectando un panorama de crisis humanitaria y de derechos humanos”.¹⁵ Estas medidas de control de la población civil van “desde el control a la libre circulación hasta el aislamiento de comunidades enteras. Las restricciones conllevan un ingreso selectivo de bienes y limitaciones en el acceso a los servicios de salud y a la ayuda humanitaria”, incluido el control de alimentos, medicamentos, combustible y enlatados¹⁶.

Comunidad estigmatizada: Estigma es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona en cuestión sea incluida en una categoría social inferior, contra la que se genera una respuesta negativa y se la ve como culturalmente inaceptable. El estigma podría ser definido como el racismo en medio del conflicto armado. En nuestro caso, esto también se aplica para personas estigmatizadas por el sitio de su vivienda, que es asociado, perversamente, a una supuesta vinculación con algún actor armado.

Desplazado: “Es toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional, abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público”¹⁷.

Discriminación: Como dice la Declaración Universal de los Derechos Humanos “Toda persona tiene todos los derechos (...) sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”.¹⁸

Grupos vulnerables:

En la investigación identificamos ciertos grupos vulnerables. En el caso de las mujeres, su vulnerabilidad no depende de su condición de mujer en sí, sino de las condiciones de vida de una sociedad patriarcal como es la colombiana, en la que “el machismo afecta a la cultura colombiana cotidianamente, llevando a serios problemas de violencia contra las mujeres”¹⁹. En el caso de los indígenas y de las comunidades afrocolombianas, a pesar de que estas dos comunidades no representan sino el 11% de la población del país, constituyen el 24% de las víctimas de desplazamiento.²⁰ Según la corporación CODHES, más de la mitad de los pueblos indígenas del país está siendo afectada directamente por el conflicto armado²¹. El 82% de las personas afrocolombianas viven en condiciones de necesidades básicas insatisfechas, su tasa de analfabetismo es tres veces superior a la del resto de la población, sólo el 2% de ellos va a la universidad y la tasa de mortalidad infantil es de 151 (por cada mil nacidos vivos) cuando el promedio nacional es de 39.²² La zona rural (donde vive la población campesina e indígena), tiene: 24.9% de la población de Colombia, un índice de condiciones de vida de 58.7 (versus 85.4 de las zonas urbanas); el uso de fuentes mejoradas de agua potable es de 66% (versus 97,4% de las áreas urbana); la mortalidad infantil en el área rural es de 24 (versus 17 en zonas urbanas).²³

Medicamento esencial:

La ley establece que un medicamento esencial es “aquel que reúne características de ser el más costo-efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbi-mortalidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país”.²⁴ La lista aprobada de medicamentos esenciales es exhaustiva y los medicamentos recetados deberán ceñirse a tal lista, “sin que por ningún motivo se admitan excepciones, salvo que el usuario los pague como parte de un plan complementario”.²⁵ El Defensor del Pueblo demandó esa primera reglamentación del POS, mediante una acción pública de nulidad, alegando la ausencia de elementos de universalidad y de integralidad,²⁶ sin embargo, el Consejo de Estado denegó la demanda.

Régimen contributivo:

El sistema de salud contempla dos regímenes: el subsidiado y el contributivo, con sus regímenes de beneficios: el Plan Obligatorio de Salud (POS) contributivo y el POS subsidiado. El Régimen Contributivo está destinado a cubrir a las personas de una empresa o entidad con contrato de trabajo y a trabajadores

¹⁵ CODHES: *Confinamiento. La otra cara de la crisis humanitaria y de derechos humanos*, Bogotá, 2008, pp. 34-35

¹⁶ ICRC / WFP: *Identificación de las necesidades alimentarias y no alimentarias de los desplazados internos*, Bogotá, marzo de 2005, p. 8.

¹⁷ REPÚBLICA DE COLOMBIA: , artículo 1, Ley 387 de 1997

¹⁸ Artículo 2, *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, 1948

¹⁹ DELANEY, Patrick: “Legislation for equality in Colombia, constitutional jurisprudence, tutelas, and social reform” en: *The equal Rights Review*, Vol. 1, marzo de 2008, Londres, p. 52

²⁰ ICRC / WFP (2005): *Identificación de las necesidades...* Op. cit., p. 9

²¹ CODHES: “Los indígenas en Colombia: entre el hambre, el miedo y el dolor”, Área de Grupos Étnicos de CODHES, septiembre 2004

²² Cifras del Relator Especial de las Naciones Unidas contra el racismo, citadas en: COHRE (2005): *Defensa del derecho a la vivienda de la población desplazada en Colombia*, Bogotá, p. 26

²³ Cifras tomadas de: MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL / OPS: situación de Salud en Colombia, Indicadores Básicos 2008, Bogotá, 2009

²⁴ Parágrafo 1, artículo 23 Decreto 1938 de 1994

²⁵ Artículo 13, *Manual de actividades, intervenciones y procedimientos de seguridad social en salud*.

²⁶ La Acción Pública de Nulidad fue presentada por el Defensor del Pueblo ante la Sección Primera –Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado-, 9 de marzo de 1995

independientes con capacidad de pago, es decir, que devengan más de dos salarios mínimos mensuales. El monto de la cotización se establece sobre la base del salario del afiliado.

Régimen subsidiado:

El segundo régimen es el subsidiado. El régimen subsidiado tiene por destino cubrir a todas las personas sin capacidad de pago. Su nombre obedece, en principio, a que el sistema paga un subsidio para sus gastos en salud. Ese subsidio no cubre el mismo plan de beneficios del régimen contributivo, sino que ofrece un paquete equivalente al 50% de dicho plan. A este plan se afilia la población pobre que el sistema de salud reconoce como tal, dependiendo de los recursos disponibles.²⁷ Es decir, mientras que el régimen contributivo tiene mecanismos de ingreso inmediato, el régimen subsidiado está supeditado al volumen de recursos. La ley recurrió al SISBEN para determinar las personas merecedoras del subsidio y su magnitud.²⁸ El Plan Obligatorio de Salud (POS) no depende de las necesidades de las personas, sino a la definición que hace la ley, y en su reglamentación se reconoció una extensa lista de exclusiones.²⁹

SISBEN:

Sistema de Identificación de Beneficiarios para Programas Sociales. En cuanto mecanismo de selección de beneficiarios, el SISBEN recoge la noción de focalización, recomendada por los organismos financieros internacionales y que apunta a la disminución o amortiguación del impacto de las reformas en los más pobres. En 1990, la pobreza creció a niveles críticos, acompañada de tensiones sociales que llevaron a que el Banco Mundial y los Estados desarrollaran prácticas focalizadas de subsidio a la población pobre y excluida.³⁰ Eso se hizo mediante planes específicos –fondos estatales contra la pobreza– recomendados para tal fin por el Fondo Monetario Internacional y por el mismo Banco Mundial.³¹ Salvo estos subsidios, puntuales y escasos, el modelo económico actual tiende a eliminar todo tipo de subvención y/o subsidio por parte del Estado.

Urgencia:

Según el Ministerio de Protección Social, la atención inicial de urgencia “son todas las acciones brindadas a una persona que presenta alguna patología de urgencia, con el ánimo de estabilizarlo en sus signos vitales, hacer un diagnóstico de impresión y definir el destino o la conducta inmediata por seguir, tomando

como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud”.³²

Vinculado:

Ser vinculado es, según la Ley 100 –independientemente de los cambios producidos por la Ley 1122–, NO estar cubierto por ninguno de los regímenes (contributivo o subsidiado) y estar, por tanto, desvinculado del sistema. Son aquellas personas que carecen de recursos, pero que no han sido incorporados al sistema y, por tanto, tienen un acceso aún más limitado a los servicios de salud. Entre estas personas destaca la parte de la población más pobre de las áreas urbanas y la población de áreas rurales de difícil acceso. Se calcula que, bajo esta denominación, se encuentran varios millones de colombianos. Vinculado no es un régimen en sí, pero sí una categoría conocida por la población y por los trabajadores de la salud.

²⁷ Artículo 29, Decreto 806 de 1998

²⁸ El SISBEN es un conjunto de normas y procedimientos para obtener información socioeconómica para focalizar el gasto social, representado mediante un indicador resumen de calidad de vida. MINISTERIO DE SALUD: *Organización de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud en Colombia*, Bogotá, 1995, p. 204

²⁹ Ver: artículo 15, Decreto 1938 de 1994 y Artículo 7, Acuerdo 8 de 1994, CNSSS

³⁰ MESA-LAGO, Carmelo: “Desafíos actuales de la seguridad social en América Latina”, en: *Contribuciones, núm.1* (Buenos Aires, 1997), pp. 32-34.

³¹ COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE, CEPAL: *Panorama Social. América Latina*. 1994. Santiago de Chile, 1995, pp. 112-114.

³² MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL: Ver: *Guía para el manejo de Urgencias*, Tomo I, 2009.

Anexo II: ¿Qué es MSF?

MSF son las siglas con las que se conoce en todo el mundo a Médicos Sin Fronteras, una organización médico-humanitaria de carácter internacional, que aporta ayuda a poblaciones en situación precaria y a víctimas de catástrofes de origen natural o humano y de conflictos armados, sin ninguna discriminación por motivos de raza, etnia, religión o ideología política.

La presencia de Médicos Sin Fronteras es independiente e imparcial, lo que nos permite realizar una acción inmediata y temporal de asistencia a las personas más necesitadas, utilizando el testimonio como medio para provocar cambios en favor de las poblaciones. En reconocimiento por nuestra labor humanitaria, nos fue otorgado el Premio Nobel de Paz en 1999.

MSF se creó en 1971. En la actualidad se encuentra llevando a cabo su labor en más de 60 países en el mundo y cada año trabajan para la organización alrededor de 23.000 personas. Para MSF, la Acción Humanitaria se rige bajo los siguientes principios:

Humanidad:

Este principio nos impone aliviar y prevenir el sufrimiento humano dondequiera que se produzca y hacer respetar y proteger a cualquier ser humano en cualquier circunstancia. Significa que una de nuestras prioridades son las víctimas, sus necesidades y sus derechos. Este principio también es conocido como el imperativo humanitario.

Imparcialidad:

Recoge las ideas de no-discriminación, de atención en función de las necesidades y del trato prioritario a quienes más lo necesitan. La idea de imparcialidad constituye la esencia misma de la acción humanitaria y es también la base de la ética médica. La imparcialidad regula la relación entre los humanitarios y las víctimas.

Neutralidad:

Con el fin de conservar la confianza de todos los actores y así mantener el acceso a las poblaciones vulnerables, MSF se abstiene de tomar parte en las hostilidades y, en todo tiempo, en las controversias de orden político, racial, religioso e ideológico. Este es el principio que regula la relación entre los humanitarios y las partes armadas de un conflicto.

Independencia:

Es la voluntad de oponerse a toda injerencia de cualquier tipo que impidiera llevar adelante los imperativos de humanidad e imparcialidad. Tiene por tanto un componente de libertad de análisis y acción, y otro de independencia económica. MSF actúa con independencia de la agenda de los gobiernos. Este es el principio que regula nuestra relación con las autoridades y los poderes fácticos. El ejemplo de ello es que las actividades de MSF en Colombia se financian al 100% por fondos provenientes de particulares.

Estos principios y su estricto respeto a lo largo del tiempo han permitido preservar el real carácter humanitario de la acción de MSF, lo cual a su vez ha permitido generar confianza y mantener un acceso a las poblaciones más vulnerables, sean víctimas de conflictos armados, epidemias o desastres naturales. Además de los principios humanitarios, MSF siempre respeta el deber de la confidencialidad médica y desarrolla sus actividades bajo la máxima transparencia. Los servicios de MSF se prestan de manera gratuita con los máximos estándares posibles de calidad.



MSF en el mundo

MSF en Colombia

La primera intervención de MSF en Colombia tuvo lugar en 1985 para atender a las víctimas de la erupción del Nevado del Ruiz en Armero, Tolima. Desde entonces, MSF brinda atención médica a la población colombiana afectada por el conflicto armado, las epidemias o las catástrofes naturales y a la población desplazada, tanto en zonas rurales como urbanas. MSF trabaja con el respeto de todos los actores armados e institucionales (tanto gubernamentales como no gubernamentales) interviniendo en los lugares donde las necesidades de salud de la población no están cubiertas.

En Colombia, la intervención de MSF se basa en la crisis humanitaria y en la falta de acceso a servicios de salud (por deficiencias estructurales agravadas por el conflicto), siendo MSF la principal organización médico-humanitaria internacional con presencia tan amplia en el país. Los objetivos de la intervención de MSF son:

- Asistir las poblaciones más afectadas por el conflicto donde hay insuficiente o no respuesta institucional, y donde hay poca presencia de actores humanitarios
- Asistir las poblaciones afectadas por eventos humanitarios agudos (desplazamientos y confinamientos, epidemias, catástrofes naturales)
- Asistir a poblaciones deliberadamente excluidas del sistema, víctimas de una violencia no relacionada al conflicto.

En los municipios donde MSF desarrolla sus programas, la organización presta, principalmente mediante clínicas móviles y puestos fijos, los servicios de:

- Atención Primaria en Salud
- Salud Sexual y Reproductiva
- Salud Mental
- Atención a emergencias
- Rehabilitación básica de estructuras sanitarias
- Formación a personal sanitario.
- Incidencia en favor de los derechos de las víctimas a la salud y a la vida.

En 2009, en Colombia trabajaron para MSF 391 personas (311 nacionales y 80 internacionales) prestando 95.970 consultas médicas, con un presupuesto total de 8.801.365 euros (29.554.983.670 pesos colombianos).

Carta Magna de Médicos Sin Fronteras

Médicos Sin Fronteras es una asociación privada con vocación internacional. La asociación reúne mayoritariamente a los miembros del cuerpo sanitario y esta abierta a otros profesionales útiles a su misión. Todos suscriben sobre el honor los siguientes principios.

Médicos Sin Fronteras aporta su ayuda a las poblaciones en situación precaria, a las víctimas de catástrofes de origen natural o humano y de conflictos armados, sin discriminación de raza, religión, filosofía o política. Al actuar en la más estricta neutralidad e imparcialidad, Médicos Sin Fronteras reivindica, en nombre de la ética universal y del derecho a la asistencia humanitaria, plena y entera libertad en el ejercicio de su función.

Médicos Sin Fronteras se compromete a respetar los principios deontológico de su profesión y a mantener una independencia total de todo poder, así como de toda fuerza política, económica o religiosa.

Los voluntarios miden los riesgos y peligros de las misiones que cumplen y no reclamarán para sí mismos, ni para sus allegados compensación alguna, salvo la que la asociación sea capaz de proporcionarles.

MSFH

Dirección: Calle 37 # 16 - 64 Teusaquillo, Bogotá - Colombia

Teléfono: (091) 2459798

Fax: (091) 2322107

E - mail: MDFH- colombia@field.amsterdam.msf.org

Pag.Web: www.msf.org

MSFE

Dirección: Calle 37 # 16 - 81

Teléfono: (091) 3400604 - 3400619

Pag.Web: www.msf.es

Qué es MSF?

MSF son las siglas con las que se conoce en todo el mundo a Médicos Sin Fronteras, una organización humanitaria internacional de acción médica que asiste a víctimas de catástrofes de origen natural o humano y de conflictos armados, sin discriminación de raza, religión o ideología política.

Un Compromiso Profesional

Médicos, enfermeros, legistas, técnicos de laboratorio, administradores y financieros de MSF colaboran con profesionales locales en 75 países de todo el mundo.

Controlamos toda la cadena de distribución de la ayuda y podemos desplazar toneladas de material y equipos especializados a cualquier escenario de crisis en 48 horas.

El silencio nos haría cómplices

Como parte de la asistencia, hablamos de la situación de las víctimas, informamos sobre enfermedades y conflictos olvidados, y denunciemos violaciones graves de derechos humanos o del Derecho Internacional Humanitario para promover cambios políticos e institucionales.

Unas ideas que comparten millones de personas

Casi el 80% de nuestros ingresos proviene de 2,6 millones de socios y colaboradores en todo el mundo más de 275.000* en nuestro país.

Esto garantiza la independencia y eficacia de nuestras acciones, sin aceptar presiones políticas, económicas o militares.

¿Cuándo intervenimos?

Conflictos armados, desplazamiento de población y catástrofes naturales.

Intervenciones de emergencia y a corto plazo destinadas a paliar el deterioro brusco de las condiciones médico-humanitarias de las poblaciones afectadas, con atención especial a quienes no reciben asistencia de otras entidades humanitarias.

Epidemias, hambrunas y enfermedades olvidadas.

Intervenciones de emergencia y proyectos estables enfocados a proporcionar atención médica en casos de cólera, desnutrición, VIH/SIDA, malaria, tuberculosis, enfermedad de Chagas, leishmaniasis, etc.

Situaciones de exclusión

Intervenciones orientadas a prestar asistencia médico-humanitaria a poblaciones deliberadamente excluidas de los servicios básicos: inmigrantes en situación irregular, minorías étnicas o colectivos marginados.