

**LA SALUD RURAL CON UN ENFOQUE DE DERECHOS Y EQUIDAD,
CALIDAD Y COBERTURA EN EL MODELO DE SALUD RURAL DEL
MUNICIPIO DE GACHETÁ - CUNDINAMARCA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIA POLITICA Y RELACIONES INTERNACIONALES
CARRERA DE CIENCIA POLÍTICA
BOGOTÁ D.C
2020**

**LA SALUD RURAL CON UN ENFOQUE DE DERECHOS Y EQUIDAD,
CALIDAD Y COBERTURA EN EL MODELO DE SALUD RURAL DEL
MUNICIPIO DE GACHETÁ - CUNDINAMARCA**

SHIEMAXY LISETH GALVIS INTENCIPA

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIA POLITICA Y RELACIONES INTERNACIONALES
CARRERA DE CIENCIA POLÍTICA
BOGOTÁ D.C
2020**

**LA SALUD RURAL CON UN ENFOQUE DE DERECHOS Y EQUIDAD,
CALIDAD Y COBERTURA EN EL MODELO DE SALUD RURAL DEL
MUNICIPIO DE GACHETÁ - CUNDINAMARCA**

SHIEMAXY LISETH GALVIS INTENCIPA

DIRECTOR DEL TRABAJO DE GRADO

ESTEBAN ARNOLDO NINA BALTAZAR

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIA POLITICA Y RELACIONES INTERNACIONALES

CARRERA DE CIENCIA POLÍTICA

BOGOTÁ D.C

2020

AGRADECIMIENTOS

- Inicialmente quiero agradecerle a mi madre, quien con su paciencia estuvo ahí cada noche y día de mi camino en la universidad; fue mi apoyo incondicional en los momentos buenos y malos; y el ejemplo más grande de superación y trabajo constante.
- A mi padre, ya que con su ayuda pude culminar cada semestre y cumplir con mis responsabilidades.
- A mi hermana, María Melo, quien es la razón principal por la cual quiero obtener mi título; porque día a día hice mi máximo esfuerzo para que vea que por más difícil que sea el camino, la disciplina y la constancia permitirán que logre cada meta que se proponga, asimismo por su compañía incondicional.
- Al resto de mis familiares, quienes de una u otra forma estuvieron conmigo.
- A mis amigos y colegas, aquellos con los que compartí momentos inolvidables y que estuvieron para mí de manera inigualable.
- A mi director de trabajo de grado, Estaban Nina, por su paciencia con mi proceso y ayuda en cada momento.
- Finalmente, gracias a los campesinos de Gachetá, quienes me ayudaron con sus relatos para construir este trabajo.

Contenido

La salud, un flagelo latinoamericano; planteamiento del problema	6
Objetivos	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	12
Marco conceptual y teórico	12
Capítulo II. Estudio de Caso y Metodología del Proyecto	24
Caracterización de la Región del Guavio	24
Caracterización de la Población	25
Capítulo III: Análisis e Interpretación de Resultados	29
La Cobertura en Salud	29
La calidad en Salud	33
Conclusiones	39
Bibliografía	43

La salud, un flagelo latinoamericano; planteamiento del problema

La situación sanitaria a nivel Latinoamérica con un enfoque rural es un tema que inquieta a todas las naciones sin importar su nivel de desarrollo económico, ni del sistema político que se encuentre establecido, esta situación se ve agravada por el alto índice de desempleo, las fallas en el sistema de protección social, las desigualdades sociales, la inactividad ciudadana, la corrupción de los gobernantes en la toma de decisiones en cuanto a los temas de salud pública, y la disminución de gastos en salud. Debido a los constantes cambios de la economía, en Colombia se disminuyeron las campañas de prevención lo que pone en riesgo los contextos rurales, las zonas dispersas, donde se presenta un nivel alto de envejecimiento demográfico y, un incremento de las enfermedades crónicas y epidemias.

Ahora bien, la legislación colombiana, establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud como el mecanismo por el cual se accede a los servicios de salud, las poblaciones urbanas y rurales cuentan con dos formas de afiliación: por un lado está el régimen contributivo (RC) y por otro el régimen subsidiado (RS); esta afiliación se hace por medio de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) bien sean públicas o privadas, para el caso del RC, y por medio de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), para el caso del RS. A través de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) las EPS brindan el Plan Obligatorio de Salud (POS) para el caso de los afiliados al régimen contributivo, y las ARS reciben del Estado una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada UPCS, con la cual deben brindar a sus afiliados el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POSS. Es válido aclarar que para seleccionar a la población que necesita acceder a los beneficios del Estado se creó el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), este sistema evalúa las condiciones socioeconómicas y elige a los potenciales beneficiarios de los subsidios.

Con la ley de descentralización se crea el Sistema General de Participación (SGP) como mecanismo de descentralización fiscal se hace una distribución de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) que posteriormente son transferidos a los gobiernos subnacionales, este

mecanismo facilita “un mayor control local, permite responder mejor a las necesidades locales y mejora la gestión de suministros(...) transfiriendo parte de la responsabilidad de desarrollo desde el centro hasta la periferia” (Organización Mundial de la Salud Ginebra, 1990, pág. 11) con esto se pretende mejorar la cobertura, eficacia y calidad de los servicios que presta el Estado, de acuerdo con la Ley 715 de 2001 con la que se pretende eficiencia y eficacia en la descentralización de los procesos de administración pública en el país, el SGP tiene como principal objetivo financiar los sectores de educación y salud de los departamentos y municipios; para esta investigación es importante señalar, que en el caso de los departamentos la salud es financiada por medio del SGP y de las rentas cedidas, las cuales hacen referencia a los impuestos sobre licores, el porcentaje obtenido de la venta de loterías, apuestas permanentes y, el impuesto de registro y anotación. Para el caso de los municipios la financiación se da por medio del SGP y del Fondo de Solidaridad y Garantías, FOSYGA, este fondo fue creado con la ley de 100 de 1993, la cual refiere al sistema de seguridad social, con el fin de garantizar la compensación entre las personas de diferentes ingresos.¹ En este punto, es importante mencionar el debate que generó esta ley con respecto a la seguridad social en los entornos rurales, debido a la desigualdad en la distribución de los ingresos, lo que limita el acceso a servicios de salud de acuerdo a la capacidad de financiamiento de cada ciudadano, aumentando la brecha de desigualdad (Corredor, 2010)

Para el año 2015, según el Sistema Integral de Información de la Protección Social, se estimaba que 42.142.571 personas se encontraban activas en los sistemas de afiliación en salud, en algunos de los regímenes (RS, RC). “De acuerdo con los indicadores, para 2014 el 43,56% de la población estaba afiliada al régimen contributivo, el 48,1% al régimen subsidiado y el 4,55% de la población se encuentra fuera del sistema de seguridad social en salud” (Ministerio de salud, 2015). Estas cifras muestran que hay un aumento de personas que acceden a la salud pública por medio del sistema público, lo que tiene como trasfondo ciertas limitaciones económicas para pagar los servicios de salud y que adicionalmente tienen un problema de desempleo al no contar con una vinculación laboral que permita ser

¹ Para el 1 de Agosto de 2017, el FOSYGA es remplazado por ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

parte del régimen contributivo. En los entornos rurales, la mayoría de personas hacen parte de una dinámica de desigualdad económica y social muy predominante en el país, se presenta una dicotomía entre aquellas que ganan una pequeña porción del Salario Mínimo Legal Vigente (SMLV) es decir, \$980.657 y entre aquellos trabajadores asalariados con vinculación laboral quienes cuentan con más prioridades; es por esto que los trabajadores independientes en las zonas rurales dependen del Sistema de Salud Subsidiado. Debido al FOSYGA el hecho de pertenecer al RC o al RS no garantiza una asistencia de calidad y eficiente, debido a que “los recursos no fluyen por una serie de trabas administrativas o por intereses ajenos al interés público; es decir, las entidades manejan el dinero irregular e ineficientemente y a pesar de que se han hecho esfuerzos como el giro directo a los hospitales, algunas entidades territoriales se quedan con los rubros, no son entregados a los hospitales, y las EPS reciben los recursos, pero no giran y no garantizan la prestación de los servicios porque, según ellas, dichos servicios la mayoría de veces están fuera del POS y, por lo tanto, la acción de Tutela como mecanismo constitucional, se convirtió en la única forma para que la gente acceda a los servicios de salud” (Ojeda, 2012).

Cabe señalar que la desigualdad que se presenta para acceder al servicio es la consecuencia de los constantes modelos de desarrollo económico rural, durante el periodo de 1994 al 2014, cuando se presentaron grandes cambios de apertura económica, producción y comercialización en Colombia, como los TLC, y en proceso de acceso a la salud, mediante un modelo de “aseguramiento publico privado y el pluralismo estructurado” (Rodríguez-Triana DR, Benavides-Piracón JA, 2016).

En consecuencia, Colombia presenta una gran desigualdad de acceso a los centros médicos en las zonas rurales en relación con los centros urbanos, teniendo como premisa que los centros de salud se encuentran en zonas específicas alejadas de la mayoría de la población que habita el campo colombiano; sumado a esto la escasez de medicamentos, el desconocimiento de tratamientos, la precaria dotación de equipos médicos especializados, y las demoras en los tramites que debe realizar cada ciudadano en las entidades, entre otros; “lo cual hace más costosa la provisión de los servicios y al mismo tiempo menos eficiente; las capitales y municipios más densos son más eficientes” (Galvis,2014). Es de mencionar

que los obstáculos presentados en el acceso a la salud tienen como principal fuente, la dispersión de las zonas y la larga distancia entre lo centro médicos y los pobladores, por ende, muchos deben incurrir en gastos que en la mayoría de ocasiones no tienen como costear.

En medio de este escenario, hay casos especiales donde a las personas que no pertenecen al sistema de salud, por medio de RC ni de RS, se les brinda un sistema de Vinculados Transitorios con el fin de garantizar la atención y cobertura en salud; los servicios de salud a los vinculados se les brinda a través de los hospitales públicos quienes reciben los recursos directos del Estado, denominados “subsidios de oferta”. Indicando que la crisis del sistema de salud tiene un origen multicausal.² Una posible deducción de este contexto podría ser, que la atención de salud en los entornos rurales de Cundinamarca es deficiente, debido a que obliga a los ciudadanos a trasladarse al centro urbano más cercano para poder acceder al servicio y ser atendidos, asimismo los ciudadanos no cuenta con acceso a medicamentos indispensables.

Es por ello que, el Estado ha intentado enfocar su gestión en el beneficio de la comunidad, con el fin de disminuir las constantes desigualdades en los temas asistenciales, la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, donde se evidencia la diferencia entre la atención que reciben las zonas rurales y la atención en las zonas urbanas. En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, para el año 2018, tenía como meta invertir 2.2 millones de dólares en modelos de atención primaria en salud en zonas rurales con el fin de reducir las brecha de desigualdad (Defensoría del Pueblo, 2018). Sin embargo, existen aún desigualdades en términos de equidad, prestación de servicios de salud y los sistemas creados para las poblaciones rurales; en términos de cobertura y acceso es posible evidenciar las limitaciones que tienen las poblaciones rurales; asimismo, y de manera amplia, hay registros sobre la insatisfacción de las comunidades en relación con la prestación de los servicios ofrecidos al sector rural (Acosta, Sáenz, Gutiérrez y Bermúdez, 2011; BBC News Mundo, 2017) En este sentido, es posible aclarar que las poblaciones

² Las principales causas giran alrededor de la desigualdad económica por la que atraviesa el país, principalmente se debe a los bajos ingresos económicos que tienen los campesinos para poder hacer uso del sistema.

vulnerables se encuentran en zonas más dispersas donde los servicios de salud difícilmente pueden llegar, evidenciándose como desamparo hacia la población rural por parte de los estados latinoamericanos (Salgado, González, Jaurégui y Bonilla, 2005)

Como consecuencia, en la actualidad, Colombia no cuenta con una estrategia planificada para el desarrollo campesino ya que sus recursos se han distribuido para apoyar a empresarios agrícolas, lo que ha impactado en la persistencia de inequidad con relación a la población rural (Machado, 2010), siendo la pobreza, la desigualdad y el desempleo origen del desplazamiento rural (Acosta, 2013).

A modo de resumen, si bien las ayudas monetarias para las regiones rurales representan un recurso valioso, se impactarían mejor los indicadores en salud ante programas de índole social, comunitario, participativo, ampliando el capital humano (Satterthwaite, 2004), sin embargo, para el sector rural la evidencia es reducida, por lo cual se hace necesario dar prioridad teniendo en cuenta que Latinoamérica es un continente predominantemente rural.

En síntesis, el problema del subdesarrollo presente en la ruralidad ocasiona problemas de salud que no pueden ser atendidos por el servicio de salud que se presta en la ruralidad, teniendo en cuenta que no pueden ser atendidos por el modelos de distribución actual, sin un sistema de seguridad social universal; de acuerdo a esto, la problemática principal de este trabajo es analizar el sistema de salud basado en un enfoque de derechos y equidad, en los entornos rurales de la provincia del Guavio en Cundinamarca, específicamente en el municipio del Gachetá, por medio de un análisis a las características en cuanto a cobertura, acceso, y calidad del servicio. Este municipio de Cundinamarca se eligió, en primer lugar, porque hay un interés académico suscitado por una relación familiar en la cual se evidenciaron las dificultades en el acceso a la atención en salud, y a la calidad de la prestación del servicio, de los familiares de la investigadora; en segundo lugar, debido a que aproximadamente el 70% de la población del municipio de Gachetá, vive en zona rural asimismo, al ser un municipio de categoría 6, ya que cuenta con 11.236 habitantes y con ingresos corrientes de libre destinación anuales que no superan los quince mil salarios mínimos legales mensuales, resulta relevante teniendo en cuenta que estas características y modos de vida también las comparten 963 municipios a nivel nacional (DNP, 2019). Por lo

tanto, este caso se convierte en relevante para la investigación a nivel nacional sobre salud rural a partir de un enfoque de derechos y equidad. En tercer lugar, puede ser un aporte en la reflexión académica de políticas públicas en salud con un enfoque de derechos y equidad; teniendo en cuenta que, este municipio no ha sido objeto de estudio, en este ámbito. En cuarto lugar, resulta pertinente para la caracterización de la salud rural en la provincia del Guavio, toda vez que este puede ser un aporte nuevo a las investigaciones planteadas sobre este tema. En consecuencia de lo anterior, es pertinente realizar esta investigación con el fin de plantear oportunidades de mejora, que produzcan un enfoque de derechos y equidad en la política pública; en este caso, desde la ruralidad colombiana a partir del reconocimiento del sujeto campesino.

El tema de salud es pertinente en el estudio de la disciplina, debido a que es un problema público, que afecta al ciudadano y su conjunto, en relación con la formulación de políticas públicas y proyectos sociales por parte del Estado; este tema presenta escenarios para estudiar el poder y los tejidos sociales construidos en las zonas municipales, regionales y nacionales; resulta relevante el estudio en el caso colombiano, debido a que la salud en Colombia presenta graves dificultades en materia de calidad y acceso, según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) el 70% de los afiliados al sistema está insatisfecho con el servicio de salud.

Objetivos

Objetivo general

Analizar las dificultades de acceso y calidad a la atención en salud rural de la provincia del Guavio Cundinamarca, específicamente en el municipio de Gacheta, a partir de la política pública con enfoque de derechos y equidad, durante el periodo de 2019.

Objetivos específicos

- Identificar las principales necesidades en salud rural en el municipio de Gacheta.
- Determinar en relación con el enfoque de derechos humanos y de equidad, las fortalezas y debilidades del sistema de salud rural.
- Señalar las oportunidades de mejora o de transformación del sistema.

Marco conceptual y teórico

Salud, el punto de partida:

Se ha reconocido desde diferentes escenarios que la salud rural es un tema que inquieta a las sociedades y Estados a nivel internacional; principalmente, la literatura sobre esta temática ha estado discutida en tres visiones.

La primera, relacionada a la declaración de Ottawa, donde la salud se debe tomar como una actividad preventiva más que curativa, haciendo alusión a la salud como dependiente de los medios y contextos político-sociales de los individuos (Dakubo, 2011). Siendo esta visión el camino para estructurar un modelo eficiente de salud y prevención, se denomina como “Atención Primaria en Salud”

Por su parte, en la segunda visión, la salud es interpretada como un determinante social, refiriéndose a un “problema de las instituciones del sector” (Rodríguez-Triana DR, Benavides-Piracón JA, 2016, pág. 360). Desde este punto, las instituciones de salud no solo se encargan de proveer tratamientos para la cura de enfermedades, sino que además proveen alimentación nutritiva, vivienda digna, saneamiento y agua potable, la salud entonces es un producto social, en donde diferentes saberes disciplinares interactúan para lograr la garantía del derecho a la salud de los ciudadanos; elementos como la etnia, ocupación, nivel económico, y edad son determinantes para acceder al servicio de salud y

causan desigualdades en el mismo sistema (Organización Mundial de la Salud & Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008). Esta línea argumentativa, la salud es un problema de las instituciones del sector y es vista como el final de varias interacciones en sistemas complejos (Rodríguez & Benavides, 2016). En este sentido, se presentó la Declaración de Río sobre Medio Ambiente y Desarrollo, Agenda 21, Declaración de las Naciones Unidas para los Objetivos del Milenio y la Evaluación ecosistémica del milenio, enlazando la salud con el ambiente. Estos enfoques conllevan a la tercera visión, la cual comprende la intersectorialidad como mecanismo estratégico para el ejercicio de la formulación de políticas públicas, programas y proyectos estatales, considerando que la salud no es una responsabilidad individual sino de los diferentes niveles de organización estatal (World Health Organization, 2010). Estas visiones permitieron “el desarrollo de múltiples herramientas para garantizar la salud como un derecho de todos los ciudadanos” (Rodríguez & Benavides, 2016, p 361)

Cabe agregar que Colombia, ha desarrollado las políticas en salud bajo los lineamientos de orden internacional; tanto así, que para el Plan Nacional de Desarrollo de 2002 a 2006 en la primera presidencia de Álvaro Uribe, se incorporó la expresión “determinantes”, reconociendo que el bienestar de la población no se encuentra completamente garantizado o presenta altas dificultades para ser mejorado, considerando las condiciones de inequidad, pobreza, poca accesibilidad (Rodríguez & Benavides, 2016). Para el 2012-2018 bajo la presidencia de Juan Manuel Santos se desarrolló dicha expresión, bajo una mirada constructiva pues se resalta la importancia de crear condiciones que garanticen y mejoren el bienestar integral y la calidad de vida de la sociedad a través de la convergencia de políticas públicas sectoriales (Plan Decenal de Salud Pública, 2012)

La ruralidad:

Ahora bien, en términos de salud rural es importante mencionar que lo rural se ha debatido en la sociología anglosajona en la década de 1980 y se traspasó a varias comunidades académicas en Latinoamérica, en medio de este debate se construye la sociología de la agricultura como corriente hegemónica de la disciplina de la ruralidad, evidentemente lo

rural se concibe bajo lo agrario y el beneficio obtenido por el uso de la tierra, teje las relaciones sociales. Se ha estudiado principalmente en 4 connotaciones, autores clásicos como Sergio Gómez, Claudia Andrea Mikkelsen, Javier Espacia, Joan Noguera y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, son algunos de los que han presentado algunas aproximaciones para definir lo rural.

La primera connotación propuesta por Gómez (2001), comprende la ruralidad como una relación social que tiene un componente personal, se presenta en territorios con densidad relativamente baja donde se realizan actividades como la agricultura, ganadería y artesanías. Las relaciones personales se basan en relaciones vecinales, presenciándose parentescos entre gran parte de los habitantes, asimismo generan un fuerte control social; como consecuencia, a pesar de los diferentes procesos de globalización, lo rural permite mantener los rasgos de identidad. El autor sugiere a los políticos encargados de la definición de programas de desarrollo rural, tener en cuenta que los problemas de la ruralidad no pueden ser tratados mediante procesos sectoriales y con un solo énfasis productivista, en su lugar, deberían considerar la multiactividad que se desarrolla en la ruralidad y por medio de la integración de estas acciones se puede mejorar el impacto en las condiciones de vida de los habitantes rurales.

Espacia y Noguera, s.f, presentan la tercera connotación, rural es un territorio donde se dan una serie de dinámicas y características concretas que se relacionan con la existencia de una escasa distribución de la población en un ámbito donde los espacios no construidos son la nota predominante, asimismo, se caracteriza por la utilización de los suelos para la agricultura, la ganadería y la ocupación forestal.

En Colombia las definiciones se han dado por los procesos de censos, esta será la cuarta connotación; partiendo de la definición del DANE el cual alude a una concepción de “resto” municipal a lo rural, “se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y demás. Tampoco dispone, por lo general, de servicios

públicos y otro tipo de facilidades propias de las áreas urbanas” (DANE, S.F, Pág. 1). Y la CEPAL definiendo como áreas no incluidas dentro del perímetro de la cabecera municipal.

¿Salud para quién?:

En el orden de las ideas anteriormente planteadas, sobre la crisis del sistema de salud rural en Colombia, las discusiones se han abordado desde el debate entre las relaciones de la salud con el desarrollo económico y el desarrollo social, ampliándose a la cobertura de los servicios, el reconocimiento del derecho a la salud y la responsabilidad de la sociedad para garantizar el cuidado de ésta (Filho y Paim, 1999). La salud como derecho, se toma bajo la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) (World Health Organization, United Nations & Office of the High Commissioner for Human Rights, 2009). Tomando en cuenta lo anterior, la crisis de la salud se ha visto influenciada por la crisis económica y financiera por la que atraviesa el mundo, que conlleva a una dependencia cada vez más cercana al mercado; por ende, la salud se convierte en una mercancía que aumenta su precio, asimismo los suministros del diagnóstico para el tratamiento de las enfermedades, generando desigualdad de acceso a la medicina (Álvarez et al., 2016).

Retomando los planteamientos de estos autores, se detallan problemas estructurales que hacen que el sistema no sea eficiente y pone en duda su sostenibilidad financiera. Por un lado, la creación del POS debido al alcance tan limitado y, por otro lado, la crisis financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud debido a los problemas institucionales, de regulación y el aumento de recobros del FOSYGA (Pérez, 2013). En efecto, los problemas principales están en la falta de oportunidad, atención y calidad de los servicios de salud.

Resulta oportuna la discusión propuesta por Román Vega (2018), quien argumenta que la crisis del sistema se generó con la creación de la ley 100 de 1993, se caracteriza por la insostenibilidad financiera del sistema, las grandes barreras de acceso, atención y mala calidad en la prestación del servicio; sumado a esto, la desprotección a las zonas rurales porque no hay oferta de infraestructura, tecnología ni recursos humanos, asimismo genera en los trabajadores bajos salarios, carencia de incentivos, pérdida de autonomía profesional, entre otros. Este autor asevera que se ha comercializado la organización del sistema de

salud y caducando progresivamente la red pública de atención y va en crecimiento la red privada, promoviendo el poder de extracción de rentas “de la intermediación financiera privada en detrimento del acceso y calidad de la atención y de la autonomía médica; debilitando del poder del gobierno en la defensa del interés general y en la regulación, vigilancia y control de los actores del sistema; incrementando la corrupción en el manejo de los recursos públicos y las prácticas monopólicas entre EPS, prestadores privados e industria farmacéutica” (Vega, 2018)

Los argumentos analizados anteriormente, se pueden resumir en que el sistema de salud ha primado el aseguramiento y no el acceso a los servicios de calidad, Ayala (2014) se remonta al estudio realizado por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del año 2012, en el que se registra un aumento en la cobertura del aseguramiento del 56,9% al 90,8% entre 1997 y 2012; mientras que el acceso a los servicios de salud disminuyó de un 79,1% a un 75,5% para el mismo periodo; para resaltar la necesidad de diferenciar la cobertura del acceso, teniendo en cuenta que no solo es el hecho de que una persona se encuentre asegurada o vinculada al sistema, sino que persisten barreras que condicionan la atención médica necesaria, algunas de estas son las relacionadas con la oferta de centros de salud, mala calidad del servicio y otras relacionadas con la demanda, como la escasez de dinero para llegar a los centros de salud, el pago de las citas médicas y los tiempos de desplazamiento o la necesidad de atención médica percibida por las personas. (Andersen et al., 1983). En secuencia a esta línea argumentativa Banguero (2004) plantea que el enfoque de la salud ha sido instrumenta, es decir, que la principal preocupación es la creación centros de salud y no el diseño de programas con un enfoque adecuado de prevención en la comunidad, con el fin de que las personas no se enfermen. En este sentido el modelo es “ineficiente puesto que espera que las personas se enfermen para atenderlas en el servicio de salud, en lugar de llegar a la comunidad con programas preventivos” (Banguero, 2004, pág. 182). Bajo la expedición de la ley 100 de 1993, se ha mejorado la cobertura en salud, pero desmejora la calidad de la prestación de los servicios y reduce la participación de la comunidad en los propósitos preventivos de las enfermedades.

Por este motivo, en el marco conceptual se abordará qué implica pensar en modelos de salud rural desde una concepción de ruralidad y desde un concepto de modelos de salud rural a la sombra del enfoque de equidad y de derechos.

Salud y rural:

Este marco conceptual parte de que la ruralidad es una realidad con características propias tomando a Echeverry y Gómez, la ruralidad construye identidad social, por medio de las relaciones establecidas en espacios con baja densidad poblacional y altos niveles de parentesco, aludiendo a este argumento la ruralidad no solo se limita a actividades agrícolas en cuanto a la economía, sino que se considera el desarrollo rural en términos de metas normativas, como la reducción de la pobreza, la sostenibilidad ambiental, la equidad de género superar la división rural-urbana, y garantizar la viabilidad de la agricultura campesina (Kay, 2009). De manera que, un sistema de salud rural que presente altos niveles de calidad en el acceso a los servicios hace parte de un nuevo modelo de ruralidad.

De manera continua, definir la salud rural, teniendo en cuenta el equilibrio entre acciones de carácter preventivo y las de carácter curativo, como lo analiza Banguero (2004). Conduce a pensar la salud rural, en un sentido amplio como un proceso multidisciplinario que se encarga de proveer tratamientos a las enfermedades y transmitir un modelo de prevención con amplio alcance, en las lógicas presentadas anteriormente de la ruralidad. En términos de salud se tienen ciertos atributos de la calidad de Atención. Primero la eficiencia, vista como “el grado en que el sistema de salud efectúa la máxima contribución a las metas sociales definidas dados los recursos disponibles del sistema de salud y de aquellos que no pertenecen al sistema de salud. Implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios” (Lam y Hernández, 2008). Segundo la pertinencia, comprende “la garantía de que los usuarios reciban los servicios que requieren” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, s.f.). Tercero la oportunidad, comprendida como la “posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, s.f.). Adicional a

este último atributo hace referencia a que el paciente reciba la atención óptima en el momento en que lo requiera, sea cual sea su patología y tipo de tratamiento. (IsoTools, 2015).

Salud rural desde un enfoque de política pública basado en derechos humanos y equidad:

La defensa de salud como derecho

Sumado a lo anterior, es pertinente definir el concepto de política pública desde el cual se abordará el análisis de la investigación, teniendo como punto de partida que las acciones sociales están influenciadas por la política, en este marco conceptual se hará referencia a la política como respuesta social ante los asuntos públicos o situaciones socialmente problemáticas (Molina G & Roth AN, 2008), en relación con la política pública será entendida como “Programas de acción gubernamental en un sector de la sociedad o un espacio geográfico” (Meny Y, Thoenig JC, 1992), en este sentido, la política pública tiene en cuenta gran cantidad de actores y autoridades que tienen funciones públicas, de toma de decisión; adicionalmente, es un proceso en red de varias decisiones, que consolidan un curso de acción en un determinado tiempo y espacio (Buse K, Mays N, Walt G, 2005)

Conectando los conceptos anteriormente mencionados, la política en salud se “concibe como el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad” (Departamento Nacional de Planeación, s.f.-b) En el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) se resalta la importancia de crear las condiciones que garanticen el bienestar integral y de calidad de vida en el país a través de la convergencia de políticas públicas sectoriales, dando relevancia al concepto de Desarrollo Rural con un enfoque Territorial el cual introduce la visión multisectorial de las políticas públicas. En el contexto social se espera articular los sectores de producción con las demandas en salud de la población, estas

incluyen agua potable y saneamiento básico, protección social; para que esto se logre, es pertinente tener una coordinación intersectorial y entre los niveles nacional, departamental y local dado que la prestación de estos servicios ha sido descentralizada (Muñoz, 2012)

En clave con la dinámica de este trabajo, además de las categorías ya mencionadas se plantea un análisis del modelo de salud rural a partir del enfoque de derechos y el enfoque de equidad.

En primera instancia, adoptar un Enfoque basado en Derechos Humanos tiene como finalidad propiciar mejores y más sostenibles avances del desarrollo humano que desde lo normativo está basado en las normas internacionales de Derechos Humanos, y desde lo operacional, busca la promoción y protección de los Derechos Humanos (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2006).

Este enfoque por décadas se ha constituido como la lucha constante de las clases oprimidas, y su debate ha girado en torno a dos procesos contradictorios; el primer proceso, es el cuestionamiento del Estado social, donde la derecha critica los efectos negativos de invertir en lo público y en lo social, frente al crecimiento económico; paralelamente, la izquierda realiza su crítica frente a los enfoques burocráticos en los derechos de la ciudadanía y en el uso incorrecto de la institucionalidad. El segundo proceso, es el resurgimiento de las concepciones que privilegian el mercado y el individualismo, la premisa que mantiene este proceso es el fortalecimiento del mercado y el debilitamiento del Estado. Debido a estos procesos se llegó a la posibilidad de presentar este enfoque como una nueva institucionalidad, y como un nuevo tema de gran relevancia para las democracias participativas (Güendel, 2002). Es así como, el enfoque de derechos en políticas públicas propone una nueva ética poniendo en el centro el reconocimiento y respeto mutuo “de modo que la satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de todas las personas y colectividades, sin excepción alguna, constituya una obligación jurídica y social” (Güendel, 2002, pág. 173). En este sentido se puede aseverar que “El principal objetivo de este enfoque es coadyuvar en la elaboración de políticas que generen avances en la realización progresiva de los derechos humanos, produciendo distancia de los enfoques tradicionales fundamentados en las necesidades, porque estas, a diferencia de los derechos, sólo se

satisfacen, no son universales, pueden priorizarse y no conllevan obligaciones estatales exigibles por la ciudadanía” (Mercado y Adarme, 2010, pág. 2)

Por consiguiente, el enfoque de derechos constituye un marco conceptual que incluye dos aspectos: el normativo y el operacional. El primero se refiere a que está orientado por los instrumentos jurídicos que establecen mecanismos de exigibilidad ciudadana; el segundo, tiene su base en el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos bajo la creación de una nueva institucionalidad pública y social, donde se reconozca a la ciudadanía independientemente de sus diferencias físicas, biológicas y sociales. (OACDH, 2006), (Güendel, 2002)

Ahora bien, es importante el cambio institucional que permite este enfoque, ya que gracias a este, se pone al sujeto en el centro, se busca crear códigos socioculturales y de sistemas de respeto; es así como, la exclusión socio cultural se evidencia cuando hay un desconocimiento de los sujetos que se encuentran en una condición de desigualdad con relación a los grupos sociales privilegiados que cuentan con el poder político y económico. (Güendel, 2002) asimismo cabe resaltar que el enfoque no elabora políticas, sólo establece una ruta que dirige la acción de los gobiernos. (Mercado y Adarme, 2010)

En relación con lo anterior, el enfoque de los derechos humanos junto con las políticas públicas se encuentra estrechamente relacionado con la construcción de la democracia; donde la participación social es el eje fundamental en la toma de decisiones a todo nivel de representatividad, es por ello que se debe aumentar la participación de nuevas colectividades, lo que permitirá que se pongan en la mesa de juego nuevas reglas y nuevos temas que gestaran políticas públicas, de tal manera que todas las personas tengan igualdad en el acceso a las oportunidades. Consecuentemente, la ciudadanía debe ser visible, altamente participativa, y activa; ya que de ella dependerá el camino a seguir por parte del Estado, asimismo es ella quien se encarga de la exigibilidad de sus derechos cuando estos se vean vulnerados, siendo este proceso la evidencia de la identidad del sujeto, concibiéndose a sí mismo como sujeto de derechos . En definitiva, “Las políticas públicas en el ámbito de lo social que están orientadas por los derechos humanos pueden ser entendidas como «acciones positivas destinadas a superar situaciones graves de exclusión y

desigualdad estructural de vastos sectores de la población» (Abramovich, 2006), garantizando el acceso universal, integral y progresivo al ejercicio de sus derechos” (Mercado y Adarme, 2010, pág. 6)

De manera enfática, se habla de un enfoque de derechos en una política pública cuando hay una articulación entre las acciones y omisiones obligatorias del Estado, a través de distintos instrumentos de derechos humanos y en la definición participativa de los principales problemas y necesidades de la sociedad (González Plessmann, 2004)

En relación con lo anterior, el derecho a la salud hace referencia a las libertades positivas ya que el énfasis no es en la “curación” de la enfermedad sino en el derecho a librarse de la enfermedad (Corredor, 2010) En efecto, la progresividad del gasto en salud se ha implementado a partir de los servicios que promueven la prevención; sin embargo, la Corte Constitucional Colombiana ha mencionado que de acuerdo a la escasez de recursos el derecho a la salud está sujeto a la realización progresiva. Debido a esta misma progresividad, se justifica la imposibilidad de exigir judicialmente casos individuales, de acuerdo a todas las obligaciones que se derivan del derecho a la salud (T-760/08)

De acuerdo a lo anterior, los principales problemas de acceso, equidad y eficiencia son un constante en el derecho a la salud, debido a que la estructura del sistema de seguridad social desde los noventa, se caracterizó por la contribución y el vínculo laboral con lo cual se incrementa la regresividad del gasto; a pesar de las diversas restricciones de gasto que han llevado a desarrollar iniciativas solidarias y de subsidios, no se puede asegurar que se presenten mejoras en equidad y eficiencia. (Corredor, 2010)

Es por ello que las políticas en salud se deben orientar hacia la universalidad progresiva de los servicios de salud, sin distinción de ningún tipo, y reconociendo el ciclo vital en el que se encuentra el ciudadano.

En conformidad con lo anterior, se reconoce como obligaciones básicas de los Estados en cuanto a salud 5 premisas: la primera, garantizar el acceso a los centros, bienes y servicios de salud, sin ninguna discriminación, poniendo especial énfasis en los grupos más vulnerables buscando que haya una distribución equitativa; la segunda, garantizar la

posibilidad de acceso a una correcta alimentación donde no se evidencien casos de hambre; la tercera garantía es a condiciones sanitarias básicas; la cuarta, garantizar el acceso a medicamentos indispensables; finalmente, de acuerdo a los estudios sobre las enfermedades, es deber adoptar estrategias y acciones en salud pública. Dada la pertinencia de estas garantías, el Estado en definitiva debe promover las actividades de prevención (Corredor, 2010)

Adicionando la contraprestación de las desigualdades, el Estado debe formular sus políticas en salud teniendo en cuenta una distribución igualitaria de recursos y servicios de salud, es por ello que, el Estado debe combatir las dinámicas discriminatorias y las relaciones de poder injustas ya que, el enfoque de derechos también busca empoderar a los ciudadanos para la comprensión y reclamo de sus derechos. De manera que, el ciudadano accediendo a la información y por medio de la organización propone cambios de política con un fin reparador. La aplicación de este enfoque en la salud, incluye garantizar el derecho a la salud a partir de cuatro elementos principales, disponibilidad, como la presencia de centros médicos, bienes, servicios y programas de salud pública y atención sanitaria, en la cantidad suficiente para acceder al servicio; en mención, la accesibilidad tiene su definición en la no discriminación, una accesibilidad física, económica (asequibilidad) y accesibilidad en la información; subyace el siguiente elemento de aceptabilidad desde un punto de vista de respeto a la ética médica y considerar los factores culturales, la edad, el género, entre otras características propias de los ciudadanos; finalmente, es clave la calidad del servicio, no solo científica también medicamento idóneo. (World Health Organization, 2002). En resumen, el estoque de derechos pone a los ciudadanos como titulares de estos, y el papel del Estado bajo la creación de un criterio ético donde se moviliza la maquinaria y el poder estatal para lograr el desarrollo; como se menciona en los argumentos anteriores, este desarrollo debe estar en función de los derechos de la ciudadanía (Alza, s.f)

Ahora bien, el enfoque de derechos, incluye la definición del “mínimo vital”, del “derecho a la subsistencia”, de los “bienes de mérito”, de “las prestaciones esenciales”, “todas expresiones que apuntan a la necesidad de darle contenido y alcance a un mínimo de derechos que deben ser tutelados de inmediato y contar con políticas que garanticen su

progresividad, orientada a la universalidad de los mismos” (Corredor, 2010, pág. 82). Esto permite que las políticas y programas se focalicen para llegar a las personas más vulnerables; por tal razón, es importante que se presenten los metaderechos como políticas para el alcance de los derechos, lo cual acoge la progresividad de los mismos.

La necesaria equidad:

De acuerdo con lo planteado en el enfoque de derechos, se plantea que la equidad debe orientar las políticas públicas, ya que permite el crecimiento y la estabilidad socioeconómica y política.

Ahora bien, el enfoque de equidad se caracteriza principalmente por centrarse en la atención de las poblaciones más vulnerables, se entiende como una herramienta para el logro de la igualdad, a partir del reconocimiento de la diversidad (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2006) “En este marco, la aplicación del enfoque de equidad se plantea reducir las brechas que impiden el ejercicio de los derechos, el acceso a servicios básicos y la posibilidad de alcanzar un desarrollo humano integral, situaciones que son negadas a millones de personas por pertenecer a determinado sector socioeconómico o grupo étnico, por cuestiones de género y edad, o por nacer o residir en territorios determinados” (Ferrer y Bagnoli, 2016). Diversos autores categorizan la equidad a partir de las teorías de justicia social, desde este punto, el enfoque de equidad está orientado a la atención de las poblaciones más desaventajadas, Rawls (1971), o producto de la explotación y del acaparamiento de oportunidades, como mecanismos que impiden una real movilidad social y que perpetúan los ciclos de pobreza intergeneracional, Tilly (2005). El papel del Estado, tiene en cuenta la Salud en todas las políticas, este a su vez, se convierte en un enfoque intersectorial de las políticas públicas que sistemáticamente toma en cuenta las implicaciones de salud de decisiones, busca sinergias y evita impactos a la salud para mejorar la salud de la población y la equidad en salud (OMS, 2014), en este sentido, para promover la equidad en salud entre los diferentes grupos de población, es necesario que se aborden los determinantes sociales de la salud (Ferrelli, 2015). En consecuencia, de ello, la equidad implica que los recursos de la salud sean asignados de acuerdo a la necesidad.

Capítulo II. Estudio de Caso y Metodología del Proyecto

Caracterización de la Región del Guavio

La región del Guavio se encuentra ubicada en el departamento de Cundinamarca, en la zona oriental con 8 municipios: Gachalá, Gachetá, Gama, Guasca, Guatavita, Junín, La Calera y Ubalá, con 89.300 Habitantes, cuya capital es Gachetá.

Al igual que la provincia de Oriente, la provincia del Guavio se alza sobre los Cerros Orientales, a espaldas de la ciudad de Bogotá. La geografía de la provincia es alta y montañosa, con un enorme valle en el costado norte que ahora está cubierto de agua y se llama el embalse de Tominé, y una gran represa llamada la represa de El Guavio, uno de los suministros de energía más importantes del departamento.

Su población en general es rural, según el censo del 2018 hecho por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2017), El 80,1% de sus viviendas son rurales y el 19,9% urbanas.

Figura 1. Ubicación geográfica de la región del Guavio en Cundinamarca



Fuente: Primer encuentro internacional de regiones socialmente responsables Colombia, Boyacá (2008)

Caracterización de la Población

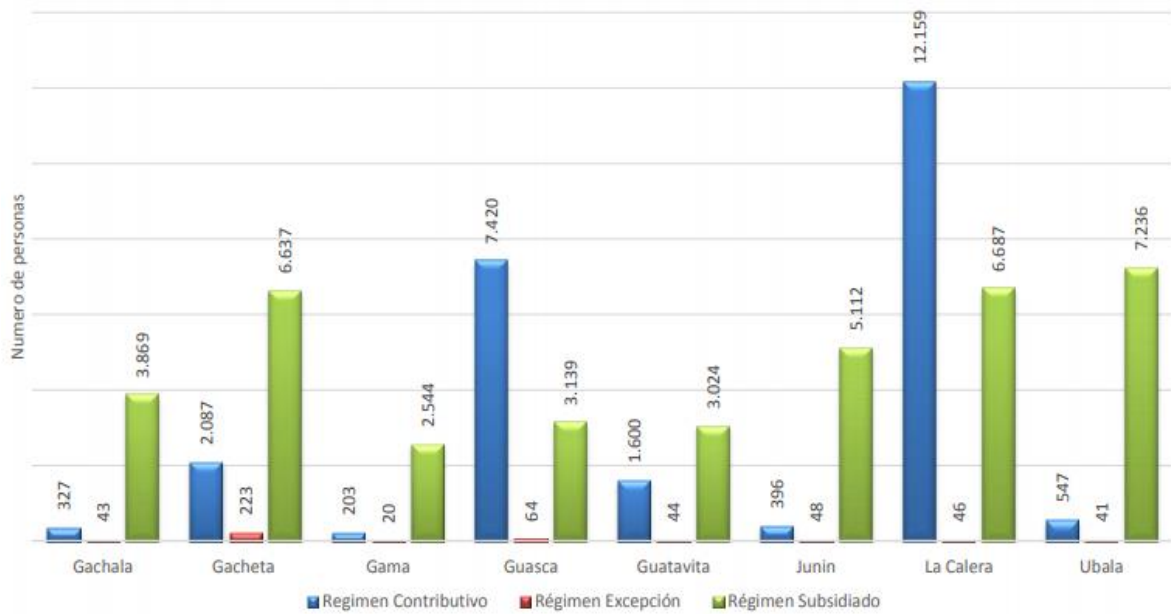
La población viene de esta provincia viene envejeciendo a pasos acelerados, debido a las migraciones de la población más joven a los centros urbanos, especialmente por motivos económicos, una tendencia que según el DANE se seguirá acentuándose a largo plazo, según Ruíz & Riaño (2017), ya que de

La población total proyectada para Colombia en el año 2018 (49.834.240), el 11% (5.970.956) tiene más a 59 años, de ellos el 55% (3.150.613) son mujeres, y el 45% (2.602.345) hombres. El 50% de la población mayor a 60 años se encuentra entre los 60 y 66 años de edad” (Ministerio de Salud, 2018, pág. 3)

Esta situación pasaría desapercibida en la medida en Kim se considera que los adultos mayores seguirán la misma tendencia tanto de trabajo como de consumo que han tenido a lo largo de su vida, sin embargo, requieren de mayor atención en la especialización de los servicios de salud, teniendo en cuenta cobertura, calidad y pertinencia en el servicio.

Aunque es de aclarar que la investigación no se centra exclusivamente en la población adulto mayor, si es significativa, es así como en la medida que la afiliación al Sistema General de Salud es esta región es posible identificar que la mayor parte de estas se dan en el régimen contributivo, seguido del subsidiado y terminando con los regímenes excepcionales, esto se ve en la figura 2.

Figura 2. Población Afiliada en Salud Año 2018 - Provincia de Guavio



Fuente: Ministerio de Salud (2018)

Al hacer la revisión de las cifras que entrega el informe sobre afiliación al sistema de seguridad social, resulta clave entender que si bien es cierto casi el 50% de la población pertenece al régimen contributivo, en el cual se pagan cuotas moderadoras y otros servicios, esto no se ve reflejado necesariamente en la disponibilidad de los recursos, infraestructura, profesionales especializados que puedan atender la demanda de la población.

Esto lleva a que se tenga que revisar dos conceptos claves, por un lado, la calidad y por el otro la disponibilidad de los servicios de salud en las cabeceras municipales, cuestión que será tratada como parte de los elementos que intervienen en el problema de la cobertura al sistema de salud en esta provincia del departamento de Cundinamarca.

En esta investigación se utilizará una metodología cualitativa definida por Sampieri (2014) como la revisión de literatura que discute el uso apropiado de la metodología de investigación para discutir varios aspectos que puedan llegar ser seleccionados para hacer revisiones de grupos y temas específicos, ya que en la medida que durante las últimas décadas, el uso de la investigación cualitativa se ha incrementado en temas de salud y

análisis de las políticas públicas puede ser útil determinar cuáles serán los mejores elementos para llegar a conclusiones sobre esta situación (Alzáte, 2010)

De ahí que se puede utilizar para explorar varias áreas relacionadas con la atención en salud en zonas rurales con entornos urbanos o cabeceras municipales para el desarrollo de estudios y antecedentes propios que conlleven a mejorar los estudios en salud, desde lo metodológico. (López-Virgen & Fuentes-Valdivieso, 2013)

De esta manera se quiere analizar específicamente la crisis del sistema de Salud de la provincia del Guavio, este caso de estudio es relevante en la medida que es una zona rural, cercana al centro político y administrativo del país, la ciudad de Bogotá D.C., pero habría que hacer la distinción entre atención en salud y calidad de salud, para Arakaki & M (2015), son cuestiones que se deben separar para poder hacer este tipo de análisis.

Para ello se procedió a desarrollar un trabajo de investigación en motores de búsqueda como Tesauro, Google académico, Scielo y Redalyc para lograr obtener información de fuentes primarias y secundarias que lleven a reflexionar en torno a las realidades y complejidades que tiene el sistema de salud en Colombia.

Las fuentes a analizar están dadas por las entrevistas semiestructuradas a los habitantes, a las personas que laboran en el hospital; y adicionalmente se hizo un análisis documental, teniendo en cuenta bases de datos de las entidades municipales que se encuentran inmersas en el proceso, posterior a la investigación de estos archivos; para ello se conformó un grupo focal para explorar a fondo cuál es la percepción de los ciudadanos frente al sistema de salud del municipio de Gacheta.

La entrevista de investigación: es uno de los métodos más utilizados para realizar un estudio cualitativo, esta sirve dentro de un estudio cualitativo, este es uno de los más utilizados en la investigación de gestión. Una entrevista de investigación no tiene nada en común con una discusión en la que se deje llevar por la inspiración del momento.

La entrevista individual garantiza la espontaneidad y la libertad de respuesta del entrevistado, dada la naturaleza a veces intimidante del grupo focal. Ningún "efecto líder",

comportamiento mimético o presión psicológica interfiere con la recopilación de información. La flexibilidad del intercambio también permite recordatorios muy personalizados, particularmente útiles para construir tipologías específicas de clientes o para validar un concepto existente.

En el marco del trabajo investigativo se utilizaron tres tipos de entrevistas individuales:

En primer lugar se desarrolló la entrevista directiva: en esta, se formuló una guía de la entrevista, la cual de manera detallada busco saber sobre la percepción de los entrevistados alrededor del tema de la atención en salud en la región del Guavio, verificando los temas de calidad y cobertura, antes de finalizar la entrevista se hizo la verificación de que cada tema se hubiese abordado.

En un segundo momento se utilizó la entrevista semiestructurada: en esta se desarrolló una guía de la entrevista sin tantos detalles para poder obtener un panorama mucho más amplio en donde el individuo no cubre todos los temas, tampoco se discutió con ellos debido a que si bien es cierto es un tema principal, no estaba planeado más allá de la opinión de cada uno de los entrevistados.

Entrevista no directiva: en esta se abordó un conductor principal sobre la percepción de la calidad y la cobertura en el servicio que de salud que se presta en el municipio de Gachetá, ya que al comienzo de la entrevista se planteó la condición en base de la cual se hacia el trabajo de indagación, la guía de la entrevista evoluciona a medida que avanza cada una de las respuestas de los actores involucrados.

Antes de la entrevista se realizó la formulación y preparación de la guía de la entrevista, para hacer una cita con el encuestado y preparar el equipo de grabación, en este caso un celular dotado con una aplicación de grabación, todas las entrevistas fueron grabadas para poder tener la evidencia, y para que los comentarios del encuestado puedan transcribirse completamente.

La entrevista individual, se comenzó presentándoles los objetivos del estudio y el proceso de la entrevista que se iba a seguir para que cada entrevistado tuviese claridad con respecto

al trabajo hecho, posteriormente se realiza un proceso de depuración en el cual se le pregunta al entrevistado si se siente bien al responder las preguntas y sin presión, el objetivo es poner al entrevistado en un ambiente de confianza, una vez se realizó este proceso inicial se daba comienzo del proceso de entrevista.

Durante la entrevista, casi nunca se tuvo que intervenir, sino simplemente abordar los temas, relacionados con la calidad y la cobertura en salud, ya que el objetivo es que el entrevistado aborde el número máximo de temas en la guía de la entrevista por su cuenta, de ahí que la entrevistadora, en este caso la investigadora, hiciera una apuesta por la neutralidad y no dar opiniones, la única forma de intervenir es utilizar técnicas de reformulación:

Se obtuvo el consentimiento total de los participantes, para que de esta manera se pueda garantizar la protección de la privacidad en la investigación con unos niveles de confidencialidad de los datos obtenidos para que sean utilizados con el fin académico que los motivo.

Una vez revisados los elementos éticos que hacen parte de la investigación se procede a revisar las entrevistas para lograr indagar sobre la percepción que tienen los habitantes de esta región de Cundinamarca sobre el acceso y calidad del servicio de Salud.

Capítulo III: Análisis e Interpretación de Resultados

La Cobertura en Salud

Ahora bien, en la medida que la calidad de salud en Colombia atraviesa por una singular mezcla de falta de recursos y de personal cualificado en las principales ciudades del país, resulta entender que la cobertura es otra de las problemáticas que tiene el sistema.

En 1993, el gobierno nacional buscó reformar su sistema de salud bajo la guía de instituciones financieras internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI). Estas instituciones sostienen que los sistemas de seguros de

salud privados individuales son más apropiados que las estructuras nacionales de salud pública previamente establecidas para superar las desigualdades en la atención de la salud en los países en desarrollo. Arakaki (2015)

Las reformas llevadas a cabo siguiendo los lineamientos de las instituciones financieras internacionales se conocen como "reformas neoliberales", en las cuales se buscaba tener un sistema que por medio de la regulación de la oferta y la demanda pudiese mediar tanto en los precios, como en la atención y el servicio con fines de llegar a cada región del país, sin embargo como lo indica Rocha-Buelvas (2012), las condiciones en las cuales se ha desarrollado el modelo de salud claramente esta basado en la capacidad económica de los individuos para acceder a servicios de salud.

Acto seguido, se hace la revisión de las opciones de salud que tienen los consumidores, ya que, según Rosselli, Tarazona, & Aroca (2014) el paciente pierde esas condiciones de padecer de una enfermedad, para ser visto como una cifra más, un número que dentro de la estadística podría llegar a asegurar un presupuesto, así como los pagos por parte del estado.

En la medida que el paciente se convierte en cliente y los factores asociados a la prestación del servicio están ligados a la disponibilidad presupuestaria, es posible entender que las regiones económicamente más activas como la Andina, tengan mayor acceso y cobertura, lo cual en la práctica no resulta ser tan real, ya que por ejemplo, la provincia del Guavio, no posee sino un Hospital de II nivel, es decir que para procedimientos de alta complejidad se hace necesario que los pacientes se desplacen a los centros urbanos, generalmente a Bogotá.

Se realizan entrevistas al grupo focal, conformado por 12 habitantes de la provincia, que viven en las zonas veredales de Bombita y Cusaquin; así como 50 entrevistas a los habitantes del centro del municipio, de los cuales un 40% vive en la zona centro, un 40% en zonas veredales de Gachetá, y el 20% habitantes de municipios de la provincia del Guavio, dentro de los cuales se encontraron personas de Guasca, Junin y Ubalá. Se observa que para muchos de ellos, que pertenecen a estratos de bajos y medianos ingresos, incluso con subsidios para gastos médicos, enfrenten barreras significativas para acceder a la atención

médica, desde la cobertura como desde la atención de especialistas; cuestión que si se ve desde la perspectiva de los ciudadanos de mayores ingresos de las zonas urbanas, hay una selección de diferentes opciones sin barreras, como medicamentos complementarios y alternativos, junto con biomedicina occidental privada, de hecho el estudio hecho por Lorenzo (2010), el cual resulta ser único en el sentido de que el sistema de salud informal está vinculado al cambio general de políticas neoliberales.³

Según los datos obtenidos del grupo focal se evidencia que las personas que asisten frecuentemente al médico, son en su mayoría mujeres en edades de 18 a 25 años, y de 55 a 65 años; la razón que dieron las y los entrevistados es que los hombres tienen mayor trabajo lo que les impide contar con el tiempo suficiente para asistir al centro de salud, asimismo, las mujeres suelen realizar todos los exámenes necesarios para los tratamientos, mientras que los hombres consideran que eso no es necesario.

En este sentido, la investigación también arrojó que aquellos que viven en lugares más apartados del centro de salud, son los que menos asisten al hospital, esto entendiendo que la ruralidad en Gachetá es un espacio disperso, donde hay zonas que no llega un medio de transporte eficiente que le permita a los habitantes trasladarse de manera oportuna y rápida; según la comunicación sostenida con una mujer campesina de 68 años, relata que varias veces tuvo que irse a pie desde su casa hasta el centro médico, demorándose aproximadamente 60 minutos, pasando por las enramadas.

En esta lógica, se evidenció que aproximadamente un 65 % de los entrevistados no sufren de alguna enfermedad crónica, por lo que no han tenido que recurrir a servicios especializados; sin embargo el otro 35% cuenta con enfermedades crónicas como “diabetes, displasia de cadera, cataratas, insuficiencia renal, insuficiencia pulmonar o insuficiencia cardíaca” estos habitantes son los que tienen que padecer las debilidades del sistema de salud del municipio, ya que este no cuenta con el personal capacitado para atender este tipo de necesidades, por ende son trasladados a la capital de país para ser atendidos, mencionan que en un promedio de 2 por cada 3 veces que son remitidos a Bogotá, no pueden hacer

³ Ver formato de entrevista en anexos

todo el tratamiento pues no cuentan con los recursos económicos para poder trasladarse, hospedarse y comer en la ciudad durante varios días.

Es por ello, que un 85% de los entrevistados, prefieren hacer uso de plantas medicinales como fruto de su propia tierra y trabajo, es decir, que no deben cancelar algún monto económico por obtenerlas; o también ven como solución acercarse a la droguería mas cercana donde puedan formularle algún tipo de medicamento que les alivie un poco la situación médica por la que estén pasando; argumentan que solamente en un caso extremo, recurren al hospital.

Ahora bien al preguntarle al Médico (2019), acerca de la cobertura en el municipio, menciona que la infraestructura es la principal problemática, ya que es poca con respecto a la cantidad de habitantes, indica que debería haber 5 Hospitales, 8 centros de salud y un Hospital especializado de IV nivel, pero esto no se ha hecho realidad, lo cual al indagar en los informes de la Gobernación de Cundinamarca no ha sido posible debido a las apropiaciones presupuestales, las cuales han priorizado otros rubros así como las regiones con mayor densidad de población.⁴ Adicionalmente, menciona que hace falta el recurso humano especializado en enfermedades crónicas, lo cual permitiría que los habitantes no se tengan que trasladar a las grandes urbes para ser tratadas; sin embargo, este recurso humano no se puede generar, sino hay garantías de un pago digno al médico especializado, lo cual entraría en sobrecostos a la entidades territorial y sería muy difícil de mantener.

En relación con lo anterior, durante las entrevistas se contó con la participación de 8 trabajadoras del hospital, las cuales argumentan que además de los problemas en el acceso y calidad del servicio, también se presentan situaciones de inconformidad con los empleadores, según las trabajadoras, el contagio de enfermedades, contacto con objetos cortopunzantes, entre otros, son algunos de los factores de riesgo que tienen los trabajadores a diario; en su mayoría, deben recurrir a varios días de incapacidad médica, por lo cual se disminuye el capital humano del hospital en las diferentes áreas, lo cual es

⁴ Ver formato de entrevista en anexos

una causa frente de que no este todo el personal atendiendo las necesidades de los pacientes.

Es que según el Plan territorial de salud 2016-2019 (2016), la cobertura es uno de los ejes que debe orientar el trabajo de las entidades y funcionarios de la secretaria de salud departamental, por medio de la priorización de las inversiones en infraestructura, la evidencia de ello es el Hospital de Zipaquirá de III y IV nivel en donde se invirtieron recursos superiores a los \$70.000 millones, aportados por la nación, el departamento y el municipio, este es un ejemplo de la actividad que se podría desarrollar si los recursos aumentarn.

Volviendo al municipio de Gacheta, un 90% de los entrevistados tienen la percepción que los dineros de la salud se pierden en la corrupción que termina siendo muy común debido a las condiciones en las cuales atiende el hospital, donde no hay insumos suficientes ni de calidad para la atención de los pacientes, dejando de lado la inversión que debe hacer el Estado y poner a los pacientes a comprar los elementos que sean necesarios para atenderlos. El otro 10% considera que los recursos se invierten pero que los tratamientos son muy costosos.

La calidad en Salud

La calidad es un concepto clave en la prestación de cualquier servicio en el mundo moderno, sin embargo, ha adquirido mayor connotación en los últimos años especialmente en lo que tiene que ver con la salud, entendida esta como un derecho, que debe estar acompañada de unos parámetros mínimos de atención, es por ello que según Muchotrigo (2010), en la industria de la salud, la calidad de la atención es más que un concepto, se ha vuelto esencial para el bienestar del paciente y la supervivencia financiera de las instituciones de salud.

De esta manera el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), de acuerdo con la ley 1438 (2011) el concepto se presupone es complejo y acude a múltiples definiciones de

calidad de la atención poder de esta manera evaluar cómo se ha convertido en un factor cada vez más importante en la prestación de la atención médica.

Desde ahí cabe entender que hay una perspectiva histórica, desde la creación del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS), que en 1946 se convirtió en la entidad estatal que se encargaba de prestar el servicio a lo largo y ancho del territorio nacional, especialmente en las zonas urbanas, lo cual dejaba al ministerio de salud como el encargado de las zonas rurales por medio de una red con problemas de eficiencia y atención, en muchas ocasiones por falta de recursos, eso inclusive hasta estos días, lo cual se evidencia en un informe de semana rural.

Una joven pareja que llegó en abril al hospital departamental San Francisco de Asís en Quibdó. Al lado de una camilla en la sala de urgencias, José Torres Valoy contó que su esposa llevaba quince días enferma: tenía fiebre, diarrea y dolor de cabeza, pero solo después de ocho días la pudo traer al médico. Para llegar hasta Quibdó desde Boca de Pepé, un corregimiento de unos 650 habitantes en el Bajo Baudó, la pareja tuvo que viajar por el río Baudó durante una hora y luego montarse a una ambulancia por otras cuatro horas. (Arteta, 2018)

Esta situación en donde los centros de atención en salud que pueden atender a los pacientes en condiciones de calidad y con la higiene que corresponde, dentro de una institución de salud es muy común, este es uno de los tantos casos que se puede encontrar a lo largo del territorio nacional, así mismo cuando se habla de calidad es importante que más allá de los requerimientos técnicos resulta importante entender que hay seres humanos detrás de cada enfermedad, detrás de cada tratamiento que merecen dentro de unas condiciones de dignidad y pertinencia una atención acorde a sus necesidades.

De hecho para Restrepo (2012), en Colombia se mantienen una serie de elementos dentro del sistema una serie de círculos viciosos en los cuales relacionados con situaciones de injusticia social, dadas por el acceso desigual al principal activo en el campo que es la tierra, un contexto económico y político favorable a intereses particulares, sumado a la baja capacidad estatal, a contextos de violencia, a las condiciones de trabajo, a la poca

infraestructura y bajo acceso a servicios, se traducen en determinantes de desigualdad y de inequidades en salud entre lo urbano y lo rural que perpetúan la pobreza en el campo colombiano.

De acuerdo con esta situación se puede entonces decir que el Estado colombiano históricamente ha tenido un interés más bajo por prestar servicios de salud para las poblaciones rurales, de ahí que sea importante tanto por razones humanas como comerciales, poder entregar servicios de salud a las poblaciones menos favorecidas y más aisladas de los centros urbanos y de las cabeceras municipales.

Esto ayudaría en gran medida a que el sistema de salud pueda entregar un servicio por medio de los procesos adecuados de manera oportuna para los diferentes tipos de pacientes, así como la intervención de los procesos relacionados con las diferentes enfermedades.

Uno de los elementos que se debiera tener en cuenta tiene que ver con hospitales sin infecciones adquiridas, sin descuidos relacionados con el personal que conduzcan a complicaciones durante los partos difíciles, sin cirugías en el lugar equivocado y sin errores de medicación.

Un sistema que demuestra este tipo de éxito ha reducido el costo de proporcionar atención al tiempo que maximiza la calidad de la atención, los pacientes deberían ser atendidos con dignidad, dentro de una visión de la salud como derecho.

Ahora bien dentro de los elementos de juicio que se pueden abordar dentro de este texto se encuentran las entrevistas hechas a habitantes de la región del Gavio, quienes desde su experiencia relatan como se da la prestación del servicio de salud, es por ello que un 70% de los entrevistados, mayores de 60 años argumentan que nunca cotizaron a seguridad social, los trabajos eran como jornaleros en las fincas, y en general la vida de ellos transcurrió en el campo; es importante resaltar que uno de ellos menciona que con el paso de los años, ha empezado a sentir que su cuerpo ya no reacciona igual y que hay males que lo aquejan como por ejemplo una hernia discal que ha hecho que tenga que caminar encorvado pero con unos dolores muy intensos, pero por ello él debió solicitar una cita en el hospital de Gacheta, la E.S.E Hospital San Francisco el cual es de II nivel, lo cual genera

que en muchos casos solamente puedan los pacientes asistir para consultas con médico general, pero en donde no existen las formas de lograr tener una atención especializada. De hecho cuando se le pregunta al campesino si ha tenido que desplazarse a otro lugar para obtener atención, indica que así ha sido, por ello le toca tomar transporte hasta la ciudad de Bogotá para que lo vea un ortopedista y un fisiatra que se encargue de tratar su columna, lo cual para él es un problema debido a que se considera una víctima más del sistema de salud, así como de la falta de recursos y personal calificado en salud que lo pudiese atender en su pueblo; menciona que se gasta aproximadamente 20.000 en transporte ida y vuelta, más la alimentación diaria de 20.000, esto sin contar que deba esperar más días para ser atendido en la ciudad, asimismo menciona “gracias a Dios yo tengo un familiar que me deja quedar en un colchoncito en Bogotá, porque donde no o tuviera, me tocaría unos 30.000 mas para pagar un hotel; y uno con el sueldo de campesino no le da el bolsillo para esos lujos, con decirle que ni un bulto de café nos da para esos lujos” este relato llama la atención, debido a que según los entrevistados solamente un 40% de ellos cuenta con familiares donde hospedarse en la capital.

Otro hallazgo importante fue que el 80% de los entrevistados no confían en el diagnóstico médico, demostrando apatía frente a la credibilidad del sistema; una mujer de 52 años refiere “uno no sabe ni qué creerle a los médicos, si uno va al hospital sale más enfermo de allá” (Sara, 2019), otros como un campesino de 56 años, indica que los medicamentos que ordena el médico son siempre los mismos, “uno para qué va al hospital si lo único que mandan es acetaminofen” (Anatolio, 2019) el otro 20% refiere que visitar el hospital es solo para cuando la enfermedad los está matando.

Estos casos son la realidad de muchos colombianos en diversas regiones rurales del país, los cuales, continúan en la misma situación debido a que las administraciones no han puesto atención a las dificultades que se presentan en cuanto a la atención en salud, no solamente en el sentido de tener una consulta con medicina general y que esta genere diagnósticos y remisiones a especialistas de otras áreas de la medicina, sino que también esta se vea acompañada por una presencia insitucional y reducir las rechas de atención en salud, de acuerdo con Centeno (2004), esta cuestión resulta fundamental para poder lograr

que haya mejores indicadores de la atención en salud, así como de la calidad en el servicio que se presta.

Es desde ahí que en la medida que los pacientes puedan acceder al sistema de salud, en sus regiones que se puede mejorar el servicio de salud que recién en cuanto este genera una mejor calidad de vida, menores gastos por desplazamiento y una atención de calidad.

Por otro lado se hizo una segunda entrevista a un Médico (2019) de la E.S.E Hospital San Francisco, acerca de las condiciones laborales y de estancia en el centro médico, así como sus percepciones sobre la calidad y los recursos con los que cuentan para la atención de pacientes en condiciones que el definió como básicas.

De hecho para este médico las condiciones en las cuales se desenvuelve el servicio son bastante precarias en la medida que en muchas ocasiones los medicamentos faltan o por ejemplo no hay como hacer remisiones a municipios cercanos de la provincia del Guavio debido a que los especialistas son escasos esto hace que los pacientes tengan que desplazarse a ciudades principales como especialmente el caso de Bogotá en la cual existen todas las especialidades médicas que facilita que los pacientes puedan tener atención óptima como sin embargo esto trae como consecuencia que tengan que desplazarse del municipio y además labores diarios así como a sus familias en muchas ocasiones .

Cuenta el médico que en el momento presencié una situación en la cual un paciente con una enfermedad terminal prácticamente terminó muriendo ahí debido a las condiciones en las cuales se encontraba YA la falta de medicamentos lo cual genera una impotencia que hasta el día hoy no ha podido superar sin embargo es consciente que las condiciones así como el presupuesto y la voluntad política no da para otra cosa debido aquí cada vez más los tratamientos médicos son más costosos sí el estado en general no hay una política clara sobre cómo lograr llegar a los pequeños municipios con una atención eficaz eficiente para los pacientes y generar las mejores condiciones de vida para ellos así como la mejoría en sus síntomas en sus síntomas de salud.

Este tipo de situaciones son corroboradas por autores como Lorenzo (2010), quién indica que las condiciones estructurales de la calidad de la salud en Colombia son precarias, lo

cual conlleva a que de alguna manera la red no este integrada, no se tenga en cuenta las necesidades reales de cada uno de los municipios del país, llegando a puntos extremos en los cuales ni siquiera haya un puesto de salud con una enfermera, lo cual claramente va en contravía de la constitución política (1991), la cual lo define así:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (...) Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. (Art. 49)

En esa medida que en la constitución política se establece la obligatoriedad de la prestación del servicio a manos del Estado, esto en caso analizado, no se cumple debido a que los presupuestos son bajos, los especialistas escasean, ya que muchos de ellos prefieren quedarse en las grandes ciudades o salir del país precisamente por los sueldos y las condiciones tanto laborales como de la prestación de servicios, de hecho el médico del Hospital de Gacheta, decía que era frustrante tenerle que decir que una persona no se le puede dar ese tratamiento acá o que había que remitirlo a otro lugar y que en muchas ocasiones ni siquiera había dinero para la gasolina de la ambulancia.

Por otro lado, la sociedad colombiana está dedicando una cantidad considerable de su producto interno bruto (PIB) para pagar a las compañías de seguros de salud privados del sistema subsidiado (ARS) por los servicios que la gente no está utilizando de manera adecuada o no está utilizando en absoluto. El gobierno nacional paga una prima mensual a estas empresas privadas por cada persona inscrita, independientemente de su utilización. El gasto social total aumentó de 9.3 a 18.4 por ciento del PIB de 1990 a 2007, debido en parte a la reforma de 1993 (32). (Acosta, 2012)

Además, con el sistema de salud basado en un seguro privado individual, muchos de los ciudadanos más pobres y aislados geográficamente de Colombia se ven obligados a usar

alternativas terapéuticas que pueden ser médicamente ineficaces y / o peligrosas para su bienestar.

Se considera que en general los seguros privados individuales son más efectivos que el antiguo sistema nacional de salud pública, y que disminuye la barrera que en aspectos como: una adecuada nutrición, una alta expectativa de vida dada por la posibilidad de escapar de mortalidad evitable, el contar con una adecuada cobertura de saneamiento básico, en el acceso al sistema de salud y la atención durante el embarazo, aún el logro de estas capacidades básicas es limitado dentro del contexto rural, lo que a su vez afecta otros aspectos que se verán reflejados en otras esferas del desarrollo humano, como la posibilidad de educación y la posibilidad de trabajar y, en general, de tener la vida que se quiere tener.

En el sentido amplio que se plantea desde el enfoque de capacidades y desarrollo humano se mantiene así un círculo vicioso en el cual situaciones de injusticia social, dadas por el acceso desigual al principal activo en el campo que es la tierra, un contexto económico y político favorable a intereses particulares, sumado a la baja capacidad estatal, a contextos de violencia, a las condiciones de trabajo, a la poca infraestructura y bajo acceso a servicios, se traducen en determinantes de desigualdad y de inequidades en salud entre lo urbano y lo rural que perpetúan la pobreza en el campo colombiano.

Conclusiones

- La capacidad de respuesta del modelo actual de salud rural frente a las necesidades de la población en el municipio de Gacheta, resalta las brechas existentes y perpetuadas entre las zonas urbanas y rurales en términos de calidad y pertinencia.
- El enfoque de derechos es un proyecto cultural que propone relaciones sociales diferenciadas que se basen en la igualdad y las libertades positivas; con el fundamento de respeto y reconocimiento del otro como un igual, en todos los ámbitos de la vida social; en definitiva, reconocer la zona rural como un modelo de vida diferente de la urbe permitirá que haya una expresión de

libertad por parte de los habitantes del municipio, así como el respeto por sus costumbres y participación ciudadana.

- De acuerdo a los sustentos teóricos de la investigación, la salud en Colombia ha pasado de ser un mandato constitucional a ser una mercancía que regula la ley de oferta y demanda al mejor estilo neoliberal; y en las zonas rurales con gran dispersión, se hace más notorio.
- Las reformas de la salud neoliberal en Colombia han tenido varias consecuencias para el acceso a la atención médica, dejando de lado la salud como derecho y la política de protección y equidad que debe tener el Estado y dejar en manos de los particulares la atención en salud.
- Los factores más relevantes en las decisiones tomadas por los campesinos sobre la búsqueda de servicios de salud son las barreras financieras⁵ y las barreras administrativas⁶, sumado a ello las condiciones de trabajo que ejercen los profesionales en salud⁷
- Mejorar las condiciones de salud de la población rural va más allá de mejorar la asistencia en salud y la atención de la enfermedad; implica profundas transformaciones de orden económico, político y social que permitan superar las desigualdades existentes entre lo urbano y lo rural.⁸ Cabe resaltar que la política pública en salud rural, necesariamente debe contar con un enfoque de derechos humanos y equidad, partiendo de los principios básicos de reconocimiento y respeto.
- Las dos variables de cobertura y acceso, se relacionan directamente con la calidad del servicio, ya que este se presta en unas condiciones precarias, con

⁵ Como los copagos y los costos de transporte

⁶ Como los horarios y procedimientos impuestos por las instituciones de salud

⁷ En muy pocas ocasiones son especializados, en su mayoría son médicos generales que cumplen con su año rural.

⁸ De acuerdo con Sen, si la sociedad siente que tiene alguna responsabilidad de brindar a todas las personas algún tipo de bienestar que supere la simple satisfacción de necesidades básicas —por ejemplo, el contar con buena salud—, entonces deberá disponer de los recursos suficientes no solo para prevenir o curar la enfermedad, sino también para gozar de una adecuada calidad de vida.

una infraestructura que no es acorde con el servicio en salud que deberían tener los habitantes de la región.

- La principal fortaleza del sistema de salud que hay en la provincia del Guavio, es la presencia de servicio médico de atención primaria en los 9 municipios; si bien la cobertura es cercana al 80%, esto no implica que sea un servicio basado en la dignificación de la persona humana y que se garantice constitucionalmente.
- Se hace necesario implementar un modelo de la salud con un enfoque diferenciado, en términos de salud desde la ruralidad y como derecho; con lo cual se busca dignificar la cultura campesina que poco a poco va desapareciendo.

Recomendaciones

- No se trata únicamente de curar ni de satisfacer las necesidades; se trata de construir una sociedad donde se garanticen derechos fundamentales que posibiliten la inclusión social y la ampliación de las capacidades humanas y de garantizar la realización de los derechos humanos y transitar hacia el círculo virtuoso de equidad social, libertad y desarrollo.
- Poner a disposición los medios razonables que permitan superar situaciones de injusticia social, por medio de políticas sociales que garanticen los derechos y el pleno ejercicio de las libertades.
- Permitir a los habitantes de la región participar en el mercado hasta intervenir directa o indirectamente en actividades individuales o conjuntas en el terreno político y de otros tipos, en el marco de propuestas de desarrollo más democráticas e incluyentes; esto con el fin de obtener una ciudadanía activa, capaz de poner referentes de construcción de política pública con un enfoque de derechos, a partir de las distinciones socioculturales que reflejen.

- Mejorar la inversión de los recursos de libre destinacion a campañas de promocion y prevencion que evitaran sobre costos al sistema.
- Inversiones en centros de salud infraestructura e insumos, así como personal médico especializado para mejorar la atención a los pacientes y de esta manera lograr una mejora sustancial en su calidad de vida.
- Incentivar los proyectos agroecológicos⁹ de la región para unificar medicina occidental con alternativa, esto permitirá reducir costos en medicamentos.

⁹ La agroecología es el uso de la producción agrícola con diversos fines.

Bibliografía

- Acosta, S. M. (2012). Tres ensayos sobre economía de la salud en Colombia. Recuperado el 14 de 1 de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=75316>
- Abramovich, Víctor (2006a). «Los estándares interamericanos de derechos humanos como marco para la formulación y el control de las políticas sociales», en Anuario de Derechos Humanos, Santiago, Centro de Derechos Humanos-Universidad de Chile, pp. 13-51.
- Alianza Global para Monitoreo de la Equidad – GEGA (2003). El calibre indicador de la desigualdad. Conceptos, principios y pautas, disponible en www.gega.org.za/download/gega_guide_esp.pdf.
- ALMA-ATA, U.R.S.S. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud. [Acceso 19 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Álvarez, G. J., García, M., & Londoño, M. (2016, 7 septiembre). Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. Recuperado 9 abril, 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v7n2/v7n2a09.pdf>
- Álvarez, R. A., Leonel, A. A., & Arizmendi, M. D. (2018). Enfoque constructivista en el aprendizaje de la asignatura de metodología de la investigación en la ENEO. Enfermería Universitaria, 7(2), 21-31. Recuperado el 13 de 9 de 2019, de <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/26693>
- Alza, C. (s.f.). EL ENFOQUE BASADO EN DERECHOS ¿QUÉ ES Y CÓMO SE APLICA A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS? Recuperado 30 abril, 2019, de https://www.upf.edu/dhes-alfa/materiales/res/dhpp_pdf/DHPP_Manual_v3.51-78.pdf
- Alzáte, S. A. (2010). Las políticas públicas en Colombia. Insuficiencia y Desafíos. Artículo de investigación. Medellín, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado el 5 de junio de 2019, de <http://www.ceppia.com.co/Documentos-tematicos/POLITCAS-PUBLICAS/Politiccas-Publicas-Colombia.pdf>

- Arakaki, M., & M, J. (2012). La investigación formativa y la formación para la investigación en el pregrado. *Revista Médica Herediana*, 20(3), 119-122. Recuperado el 2 de 11 de 2019, de <http://scielo.org.pe/pdf/rmh/v20n3/v20n3e1.pdf>
- Arakaki, M., & M, J. (2015). Calidad en los servicios de salud: ¿Es posible? *Revista Médica Herediana*, 12(3), 75-77. Recuperado el 10 de 1 de 2020, de http://scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1018-130x2001000300001
- Arteta, C. (2018). Ir al médico, toda una odisea en la Colombia rural. *Semana*, 22-26. Obtenido de <https://semanarural.com/web/articulo/ir-al-medico-toda-una-odisea-en-la-colombia-rural/527>
- Ayala, J. (2014, julio). La Salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso. Recuperado 30 abril, 2019, de http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf
- Buse K, Mays N, Walt G. *Making health policy*. Glasgow: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2005.
- Cámara de Comercio de Bogotá, & Asociación de Cámaras de Comercio de la zona centro. (2015, octubre). Descripción de la provincia del Guavio. Recuperado 25 abril, 2019, de <https://isfcolombia.uniandes.edu.co/images/documentos/descripcionprovinciaguavio.pdf>
- Campesinos. (22 de 9 de 2019). Experiencia en el servicio de salud del municipio de Gacheta. (S. L. Intencipa, Entrevistador) Gacheta, Colombia.
- Centeno, N. A. (2004). Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud por indicadores en los hospitales de I, II y III nivel de atención. Recuperado el 14 de 1 de 2020, de <http://javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-6/investigaciones-3.pdf>
- CEPAL. Definición de población urbana y rural utilizadas en los censos de los países latinoamericanos. [Acceso 1 de febrero de 2016]. Sf. Disponible en: http://www.cepal.org/sites/default/files/def_urbana_rural.pdf 19

- Charles Tilly (2005), *Identities, Boundaries and Social Ties*. Boulder and Lon don: Paradigm Publishers.
- Constitución política. (1991). *Constitución política nacional*. Bogotá, Colombia: Gaceta oficial.
- Corredor Martínez, C. (2009). *La política social en clave de derechos* (1.^a ed.). Recuperado de http://www.fce.unal.edu.co/media/files/CentroEditorial/catalogo/Libros_Digitalizados/H_La-politica-social-en-clave-de-derechos_2010.pdf
- Cunill Grau, Nuria (1991). *Participación ciudadana: dilemas y perspectivas para la democratización de los Estados latinoamericanos*, Caracas, CLAD
- Dakubo, C. Y. *Ecosystem approaches to human health: key concepts and principles*. In *Ecosystems and Human Health*, New York, Springer Editorial; 2011. p. 37-53.
- DANE. Libro Censo 2005. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/censos/libroCenso2005nacional.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (s. f.). *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social* . Recuperado 11 de marzo de 2020, de <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. (s.f.). *CONCEPTOS BASICOS*. Recuperado 9 abril, 2019, de https://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2017). *Proyecciones demográficas en Colombia*. Bogotá: DANE.
- Departamento Nacional de Planeación. (s.f.-a). *Salud pública*. Recuperado 12 abril, 2019, de <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/salud-publica.aspx>
- Dimock, Marshall. “The Meaning of Scope in Public Administration”. Gaus, John et al. *The Frontiers of Public Administration*. New York, Russell and Russell. 1967

- (1937). p. 12. Recuperado el 25 de abril de 2019 de <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/csa/principio/leccion1.html#definicion>
- El Pensante. (29 de Marzo de 2016). La investigación explicativa. Recuperado el 12 de Agosto de 2018, de <https://educacion.elpensante.com/la-investigacion-explicativa/>
- Giménez Mercado, Claudia, & Valente Adarme, Xavier. (2010). El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes. Cuadernos del Cendes, 27(74), 51-79. Recuperado en 22 de febrero de 2020, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-25082010000200004&lng=es&tlng=es.
- Gutiérrez Sourdis, C., & Gómez Parra, N. (2018, marzo 1). El Sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención. Recuperado 22 de marzo de 2020, de https://www.fedesarrollo.org.co/sites/default/files/archivosciadernos/CDF_No_60_Marzo_2018.pdf
- Güendel Ludwig. (2002). La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos: La búsqueda de una nueva utopía recuperado 28 de marzo, 2020, de <https://www.civilisac.org/civilis/wp-content/uploads/derechos-humanos-y-polc3adticas-pc3bablicas-guendel-1.pdf>
- IsoTools. (2015, 29 junio). Conceptos fundamentales de la calidad en salud. Recuperado 12 abril, 2019, de <https://www.isotools.org/2015/06/29/conceptos-fundamentales-de-la-calidad-en-salud/>
- Lam, L. M., & Hernández, P. (s.f.). Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Recuperado 12 abril, 2019, de http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol24_2_08/hih09208.htm
- Ley 1438 (19 de 1 de 2011). Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, Colombia: Gaceta. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

- López-Virgen, É., & Fuentes-Valdivieso, R. (2013). Metodología cualitativa: un cambio de paradigma en la investigación médica. Recuperado el 11 de 11 de 2019, de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?idrevista=88&idarticulo=46292&idpublicacion=4776>
- Lorenzo, I. V. (2010). Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada un estudio de caso en Colombia. Recuperado el 14 de 1 de 2020, de <https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2009/tdx-1227110-145542/iv11de1.pdf>
- Médico. (21 de 9 de 2019). Atención prehospitalaria en la E.S.E Hospital San Francisco. (S. L. Intencipa, Entrevistador) Gacheta, Colombia.
- Meny Y, Thoenig JC. Las Políticas Públicas. Barcelona: Editorial Ariel; 1992.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (s.f.). Atributos de la Calidad en la Atención en Salud. Recuperado 12 abril, 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). Plan Decenal de Salud Pública. Versión digital disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Circular 00001 de 2014. Versión digital disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Circular%200001%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Circular%200001%20de%202014.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015, octubre). Modelo Integral de Atención en Salud. Recuperado 25 abril, 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/anexo-4-documento-mias.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016, 16 enero). POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD “Un sistema de salud al servicio de la gente. Recuperado

- Organización Mundial de la Salud Ginebra. (1990a). DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD [libro]. Recuperado 2 mayo, 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00034.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, & Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Recuperado 9 mayo, 2019, de https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/+WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
- Pérez, A. (2011). La comunicación sobre la salud en medios digitales cubanos. En: Revista Cubana de Salud Pública, 37(3), pp. 288-305.
- Plan territorial de salud 2016-2019. (2016). Metodología PASE a La Equidad En Salud. Bogotá, Colombia: Gobernación de Cundinamarca. Obtenido de <http://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/c44295ca-4568-4a34-9f87-c461cca96884/4++Anexo+4-+PLAN+TERRITORIAL+DE+SALUD.pdf?MOD=AJPERES&CVID=llgaeIW>
- Restrepo, B. d. (2012). Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. Revista javeriana de Odontología, 31(66), 97-102.
- Rocha-Buelvas, A. (2012). Derecho a la salud en Colombia. La utopía anunciada. Recuperado el 14 de 1 de 2020, de <https://biblat.unam.mx/es/revista/espacioabierto/articulo/derecho-a-la-salud-en-colombia-la-utopia-anunciada>
- Rodríguez, J. M. (2011). MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. Silogismo(8), 25. Recuperado el 23 de Agosto de 2018, de <http://www.cide.edu.co/doc/investigacion/3.%20metodos%20de%20investigacion.pdf>
- Rosselli, D., Tarazona, N., & Aroca, A. (2014). LA SALUD EN COLOMBIA 1953-2013: UN ANÁLISIS DE ESTADÍSTICAS VITALES. Medicina-buenos Aires, 36(2), 120-135. Recuperado el 14 de 1 de 2020, de <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/medicina/article/view/105-3>

- Ruíz, D. F., & Riaño, A. P. (2017). Marco económico de las unidades productivas de la región del Guavio. Recuperado el 10 de 1 de 2020, de <https://revistas.uniminuto.edu/index.php/pers/article/view/1592>
- Sampieri, R. H. (2014). Metodología de la investigación (Sexta ed.). (S. M. Valencia, Ed.) Ciudad de México, México: Mac Graw Hill. Recuperado el 12 de septiembre de 2018
- Secretaría Distrital de Hacienda. (s.f.). Sistema General de Participaciones. Recuperado de <http://www.shd.gov.co/shd/sistema-general-de-participaciones>
- Suarez Rozo, L. F., Puerto García, S., Rodríguez Moreno, L. M., & Rodríguez Moreno, J. (2017, 30 mayo). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. Recuperado 2 mayo, 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00034.pdf>
- Suarez, N. C., & Tobasura, I. (2008, 30 abril). LO RURAL. UN CAMPO INACABADO. Recuperado 25 abril, 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnam/v61n2/a02v61n2.pdf>
- Vargas, I. (2009). Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. En: Revista de salud Pública, 15(5), pp. 701-712.
- Vásquez, A. (2016). La Crisis de la Salud Crisis Social. Medellín, El Pulso.
- Vega, R. (2018, 6 abril). Crisis del sistema de salud en Colombia. Recuperado 6 abril, 2019, de <http://viva.org.co/cajavirtual/svc0582/articulo04a.html>
- Vicente Albéniz. (2017). Seminario de Investigación. Memorias de seminario. Bogotá, Colombia: Escuela Colombiana de Ingenieros.
- World Health Organization. Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. 2010. [Acceso 1 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

Anexos

- **ENTREVISTA A LOS HABITANTES**

Buen día, usted está siendo encuestado con el fin de conocer su percepción frente al sistema de salud que tiene el municipio, usted está haciendo parte de una investigación realizada por Shiemaxy Liseth Galvis, estudiante de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá; quien utilizara la información que usted disponga con fines netamente académicos, respetando su derecho al anonimato y buen uso de su relato.

De manera muy cordial le agradezco por participar en esta encuesta.

PREGUNTA	RESPUESTAS
INDIQUE EN QUÉ RANGO DE EDAD SE ENCUENTRA	A) 18-25 AÑOS B) 26-35 AÑOS C) 35-45 AÑOS D) 46-55 AÑOS E) 56-65 AÑOS
¿CON QUÉ GENERO SE IDENTIFICA MÁS?	A) FEMENINO B) MASCULINO C) OTRO
¿A QUÉ ACTIVIDAD ECONÓMICA SE DEDICA?	A) CAMPESINO/A B) MEDICO/A C) ESTUDIANTE D) OTRO
¿CON QUÉ FRECUENCIA UTILIZA LOS SERVICIOS DE SALUD?	A) FRECUENTEMENTE B) RARA VEZ
¿CONSIDERA QUE EL SERVICIO QUE PRESTA EL HOSPITAL ES...?	A) MUY BUENO B) BUENO C) ACEPTABLE D) MALO E) MUY MALO F) OBSERVACIONES
¿CUÁNTO TIEMPO DEMORA EN LLEGAR AL PUESTO DE SALUD MÁS	A) 5-20 MINUTOS B) 30-60 MINUTOS

CERCANO?	C) 60-120 MINUTOS D) OBSERVACIONES
¿CUÁL ES LA CAUSA PRINCIPAL POR LA CUAL USTED NO HACE USO DEL SERVICIO DE SALUD?	A) "NO TENGO DINERO PARA TRASLADARME O PAGAR EL COPAGO QUE COBRA EL HOSPITAL" B) "ME DEMORO MUCHO EN ESPERAR QUE ME ATIENDAN" C) "LA CALIDAD DEL SERVICIO ES MUY MALA" D) "PREFIERO IR A UNA DROGUERÍA" E) OTRO
¿TIENE CONOCIMIENTO DE LOS PLANES DE PREVENCIÓN EN SALUD?	A) SI B) NO
¿HA NECESITADO DE UN TRATAMIENTO ESPECIALIZADO QUE LE OBLIGUE DIRIGIRSE A BOGOTÁ?	A) SI B) NO C) OBSERVACIONES
¿CÓMO HA SIDO SU EXPERIENCIA EN ESTE TRATAMIENTO?	A) MUY BUENO B) BUENO C) ACEPTABLE D) MALO E) MUY MALO F) OBSERVACIONES
¿INDIQUE LAS SITUACIONES QUE SE PUEDEN APLICAR EN EL CONTEXTO DEL MUNICIPIO?	A) "MALA ATENCIÓN POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS" B) "NO HAY LOS MÉDICOS SUFICIENTES PARA ATENDER A LOS HABITANTES" C) "NO HAY PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS"

	<p>D) "EL HOSPITAL ES MUY PEQUEÑO PARA TANTA GENTE"</p> <p>E) OTRA</p>
<p>¿INDIQUE SI UNA DE ESTAS RESPUESTAS PUEDE SER UNA POSIBLE SOLUCIÓN AL PROBLEMA DE SALUD QUE VIVE EL MUNICIPIO?</p>	<p>A) AUMENTAR LAS CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES</p> <p>B) UTILIZAR LAS PLANTAS COMO RECURSO PARA TRATAR ALGUNAS ENFERMEDADES</p> <p>C) NO CONSIDERO QUE EL MUNICIPIO TENGA ALGÚN PROBLEMA</p> <p>D) TENER MÉDICOS Y APARATOS ESPECIALIZADOS PARA TRATAR CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD</p> <p>E) QUE DEJEN DE ROBAR EL DINERO QUE ES PARA LA SALUD</p> <p>F) OTRA</p>
<p>¿CUÁL CONSIDERA QUE ES EL PRINCIPAL PROBLEMA DEL SISTEMA DE SALUD EN EL MUNICIPIO?</p>	<p>A) NO HAY ACCESO A LOS SERVICIOS</p> <p>B) LA CALIDAD ES MUY BAJA</p> <p>C) NO RESUELVEN MIS NECESIDADES</p> <p>D) OTRA</p>
<p>¿CONFIA USTED EN EL SISTEMA DE SALUD DEL MUNICIPIO?</p>	<p>A) NO</p> <p>B) SI</p> <p>C) OBSERVACIONES</p>

- ENTREVISTA AL MEDICO

Buen día, usted está siendo encuestado con el fin de conocer su percepción frente al sistema de salud que tiene el municipio, usted está haciendo parte de una investigación realizada por Shiemaxy Liseth Galvis, estudiante de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá; quien utilizara la información que usted disponga con fines netamente académicos, respetando su derecho al anonimato y buen uso de su relato.

De manera muy cordial le agradezco por participar en esta encuesta.

INDIQUE CUÁNTO TIEMPO LLEVA TRABAJANDO EN EL HOSPITAL	A) 1 AÑO B) 2 AÑOS C) 3 AÑOS D) 4 AÑOS
¿A SU FORMA DE VER, CUÁL ES EL PRINCIPAL PROBLEMA QUE TIENE EL HOSPITAL?	A) INFRAESTRUCTURA B) FALTA DE RECURSOS C) FALTA DE INSUMOS D) FALTA DE PERSONAL OPERATIVO ESPECIALIZADO E) COBERTURA F) CALIDAD G) TODAS LAS ANTERIORES
¿CONSIDERA QUE UN MODELO AGROECOLOGICO PUEDE SER UNA HERRAMIENTA QUE BENEFICE A LOS HABITANTES?	A) SI B) NO
¿CON QUÉ CREE USTED QUE PUEDE MEJORAR EL SERVICIO DE SALUD EN EL MUNICIPIO?	R/