



# Perspectivas sobre a reforma sanitária na Colômbia (1993-2014)

# MOVILIZACIÓN SOCIAL POR EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA

MAURICIO TORRES TOVAR

Asociación Internacional de Políticas de Salud – IAHP

Movimiento de Salud de los Pueblos – MSP

Asociación Latinoamericana de Medicina Social – ALAMES

*Rio de Janeiro, septiembre 4 de 2014*

# EFFECTOS DE LA POLÍTICA NEOLIBERAL DE SALUD

- ▶ ha hecho que la salud se comprenda como un bien privado de consumo, que opere con las lógicas del mercado y produzca las exclusiones e inequidades propias del mercado. Hay una salud para ricos (medicina privada); una salud para sectores asalariados (aseguramiento) y una salud para pobres (redes públicas de salud).
- ▶ En este aspecto el modelo de gestión del riesgo ligado al aseguramiento juega un papel clave en la configuración de las actuales reformas en salud. Acá se hace necesario diferenciar aseguramiento de acceso real a servicios. La lógica de mercado produce una serie de barreras administrativas, económicas, geográficas y culturales para el acceso a los servicios, como mecanismos para el aumento de las utilidades: el actor mas beneficiado son las Aseguradoras.
- ▶ Los campos de la salud pública y la promoción de la salud han sido marginados y disminuidos en su potencial transformador de la situación de salud de los pueblos.



**Cada cinco minutos hay una  
nueva tutela de salud en el país**

*Informe de Defensoría revela  
que siete de cada 10 tutelas de  
salud son para reclamar  
servicios POS*

Diario El Tiempo, 3 de Septiembre de 2013



## Participación de las tutelas en salud

En el 2012, de 424.400 tutelas interpuestas, 114.313 fueron en salud



## Las solicitudes más frecuentes



Del total de tutelas interpuestas por tratamientos, el 88,30 por ciento están dentro del POS, de los cuales los más frecuentes son

- | Contributivo              | Subsidiado                                |
|---------------------------|---|
| ■ Tratamientos integrales | ■ Tratamientos integrales                 |
| ■ Fonoaudiología          | ■ Terapias para enfermedad cardiovascular |
| ■ Fisioterapia            | ■ Fonoaudiología                          |

Del total de tutelas interpuestas por medicamentos, el 35,41 por ciento están dentro del POS, de los cuales los más frecuentes son

- | Contributivo               | Subsidiado     |
|----------------------------|----------------|
| ■ Oxígeno                  | ■ Omeprazol    |
| ■ Micofenolato de Mofetilo | ■ Risperidona  |
| ■ Insulina Glargina        | ■ Oxígeno      |
| ■ Risperidona              | ■ Prednisolona |

Del total de tutelas interpuestas por citas, el 94,47 por ciento corresponden a especialidades que están dentro del POS. Las más frecuentes son

- | Contributivo       | Subsidiado         |
|--------------------|--------------------|
| ■ Neurología       | ■ Medicina Interna |
| ■ Endocrinología   | ■ Ortopedia        |
| ■ Medicina Interna | ■ Oftalmología     |

Las EPS del régimen contributivo con el mayor número de tutelas por cada 10.000 afiliados



Las EPS del régimen subsidiado con el mayor número de tutelas por cada 10.000 afiliados



# FALLECIÓ, DESPUÉS DE VOLTEAR POR HOSPITALES Y CLÍNICAS



## 1 En la Clínica Versalles

A las 9:45 a.m. del miércoles 5 de febrero Alejandro presentó un dolor súbito y severo en la parte baja de la espalda, su familia acudió a la atención inicial de EMI y fue trasladado a la Clínica Versalles. El médico de Urgencias le recomendó a la familia trasladarlo a otro centro asistencial para que lo vieran un médico especialista.

## 2 Hacia el Hospital de Caldas

EMI lo llevó al Hospital de Caldas, intentaron ingresar por Urgencia Vital, pero el médico encargado se negó a recibirlo porque no tenía camillas disponibles ni los instrumentos necesarios. La familia sabía que si contaban con el especialista requerido y los equipos. De esta negligencia, aseguran los familiares, son testigos los paramédicos de EMI, quienes lo registraron en su informe.

## 3 Para el Hospital Santa Sofía

Sabían de que allí son especialistas en problemas cardiovasculares. La familia obtuvo el apoyo administrativo del Hospital, pero en el camino la EPS Sánitas por radio teléfono desautorizó del traslado al equipo de EMI, argumentando que no tenían convenio con Santa Sofía y el médico estaba incapacitado. La familia dijo que habló con el personal y desmintió esa información. Sánitas les pidió que regresaran a la Clínica Versalles, sin preocuparse por el estado de Alejandro.

## 4 De nuevo en la Clínica Versalles

Lo recibieron en Urgencias e intentaron, al menos en esta ocasión, controlarle el dolor. Sin embargo, en no tenían los equipos para determinar la posible ruptura de un aneurisma y era imposible conseguir un cardiólogo o un médico cardiovascular. Ante la impotencia de los médicos y la incapacidad de la Clínica para atender a Alejandro, el médico encargado de Urgencias decidió salir con él otra vez para el Hospital de Caldas.

## 5 Por segunda vez para el Hospital de Caldas

A las 4:00 de la tarde se dirigieron al Hospital de Caldas en busca de un especialista que confirmara la ruptura de un aneurisma. En Urgencias, el médico de turno nuevamente no lo recibió por falta de camillas y equipos.

## 7 Final en el Hospital de Santa Sofía

Alejandro ingresó para la cirugía que le realizarían al día siguiente, si sobrevivía durante la noche. Resistió, pero era demasiado tarde, cuando el cirujano cardiovascular lo evaluó y reunió a la familia para informarles que Alejandro estaba tan grave que no había apoyo clínico para salvarlo, en poco tiempo le daría un paro y fallecería. Les contó que el aneurisma hacia días se había roto y que el derrame en el abdomen demostraba que los órganos internos se encontraban en necrosis.

## 6 Rumbo a la Clínica San Marcel

Cada momento que pasaba Alejandro se ponía más delicado, casi agonizando. La familia optó, como última opción, ir a la Clínica San Marcel, bajo la salvedad de que si la EPS Sánitas no los autorizaba, ellos asumían los costos. En cinco minutos los especialistas lo examinaron y confirmaron la ruptura del aneurisma, necesitaba cirugía inmediata, aunque requeriría una preparación de ocho horas, tiempo que se perdió con el recorrido previo. Sin dudarlo, el cardiólogo de San Marcel ordenó el traslado de Alejandro a la Unidad de Cuidados (UCI) Intensivos de Santa Sofía.

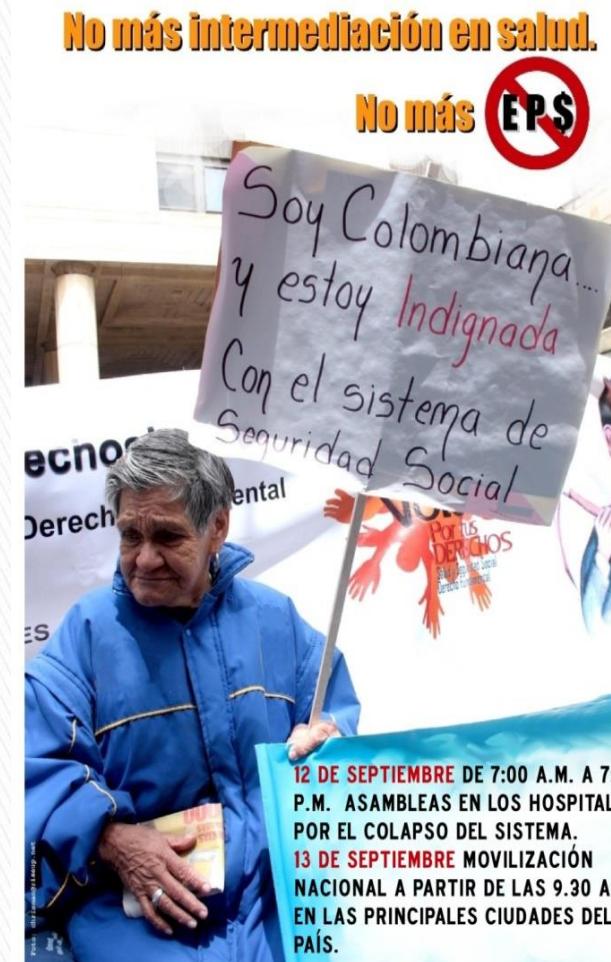
# EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIA

- ▶ Evidencias cotidianas de la *crisis estructural del sistema*. La salud es un negocio a expensas del sufrimiento, la salud y la vida de la gente.
- ▶ Grave *deterioro de la salud pública*.
- ▶ Creciente insatisfacción e *indignación* de la gente.
- ▶ *Gasto billonario*, pero desvíos, abusos, corrupción y consiguiente iliquidez.
- ▶ *Débiles mecanismos* de vigilancia, control y veeduría.
- ▶ Múltiples, insuficientes e ineficientes *medidas paliativas*.



# La Ley 100 y su impacto sobre el derecho a la salud

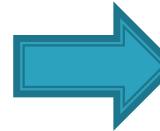
A finales del año 1993 Colombia estableció a través de la Ley 100 una política de Estado en salud que configuró el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El desarrollo de este sistema de salud ha generado impactos negativos sobre la garantía del derecho a la salud de la población, **lo que se ha constituido en un marco de la acción colectiva que a llevado a generar un campo de contienda política por el control de la salud.**



# ACCIONES COLECTIVAS POR EL DERECHO A LA SALUD



**Contenciosas:**  
acciones directas,  
de protesta, de  
hecho.



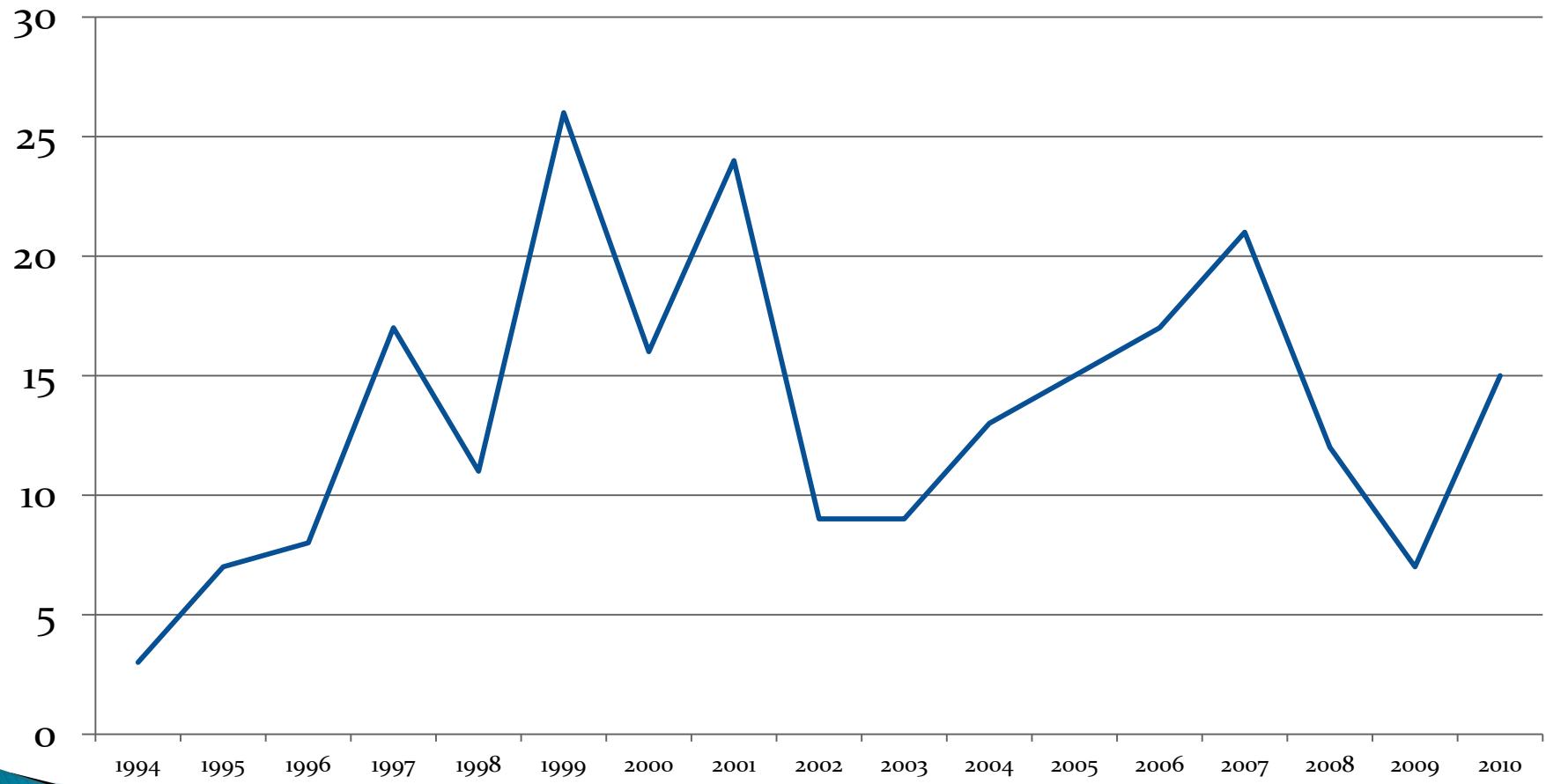
**No contenciosas:**  
más de carácter  
institucional y legal.

# ASCDs Contenciosas

REPERTORIO	CONVOCANTES	PARTICIPANTES	MOTIVOS	ADVERSARIOS
Movilizaciones (48%)	Sindicatos (53%) Estudiantes (8%) Desplazadas. (7%) Mujeres (3%) Etnias (3%) Profes. Salud (3%) Cívicas (3%)	Asalariados (32%) Trab. Hospit. (31%) Estudiantes (11%) Pobladores urb. (8%) Prof. salud (6%) Desplazados (4%) Indígenas (2%) Mujeres (2%)	Incump. Pactos (27%) Política (20%) Derechos (14%) Reformas-regl. (13%) Servicios (8%) Privatización (6%) PN Desarrollo (6%)	Autoridades gubernam. (78.6%). Instituciones prestadoras de los servicios de salud (10%).
Cese laboral (32%)				
Toma de entidades (15%)				
Bloqueo de vías (4%)				

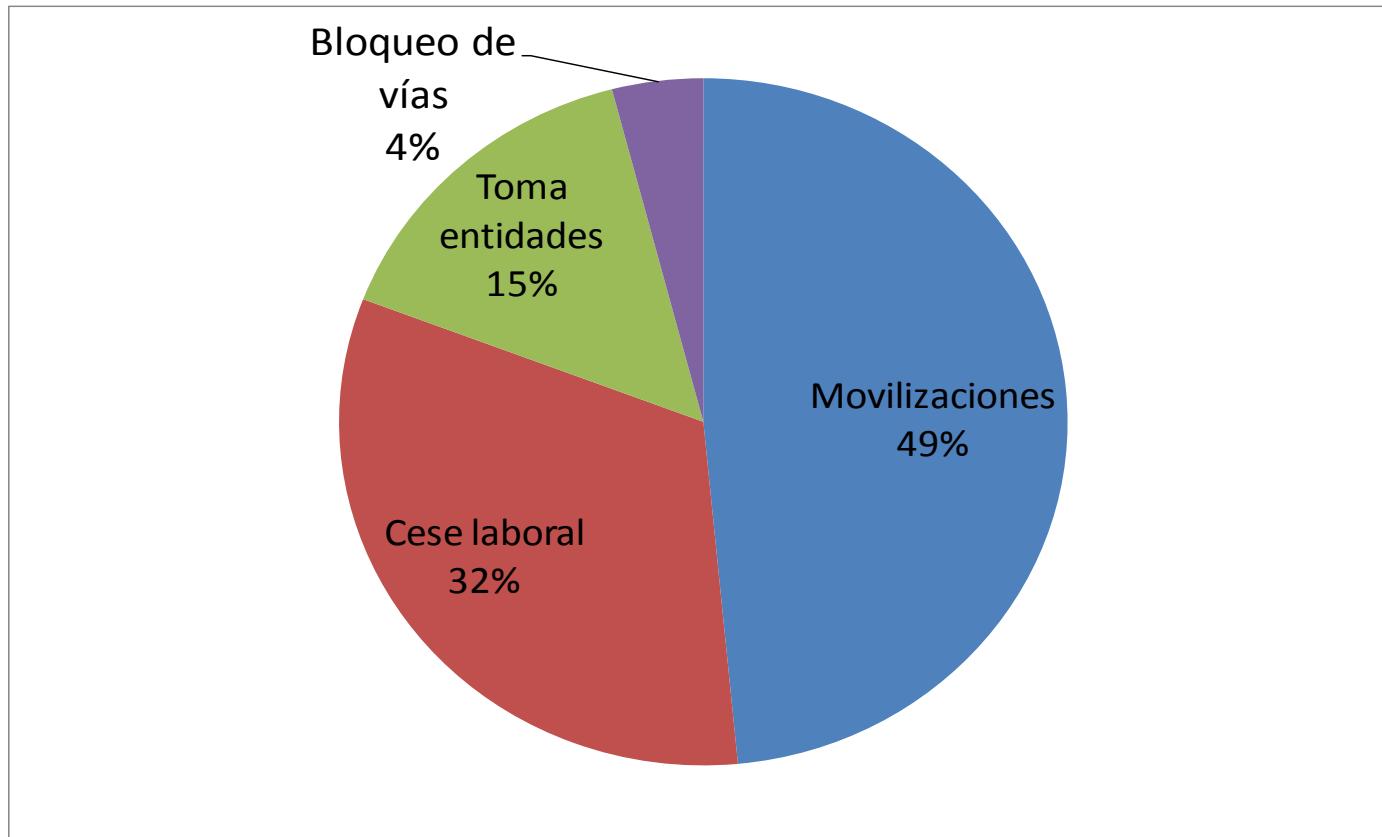
Fuente: Base de datos de Luchas Sociales en Colombia - Cinep

# Ritmo de las Acciones Sociales Colectivas Contenciosas por el Derecho a la Salud. Bogotá, 1994 – 2010



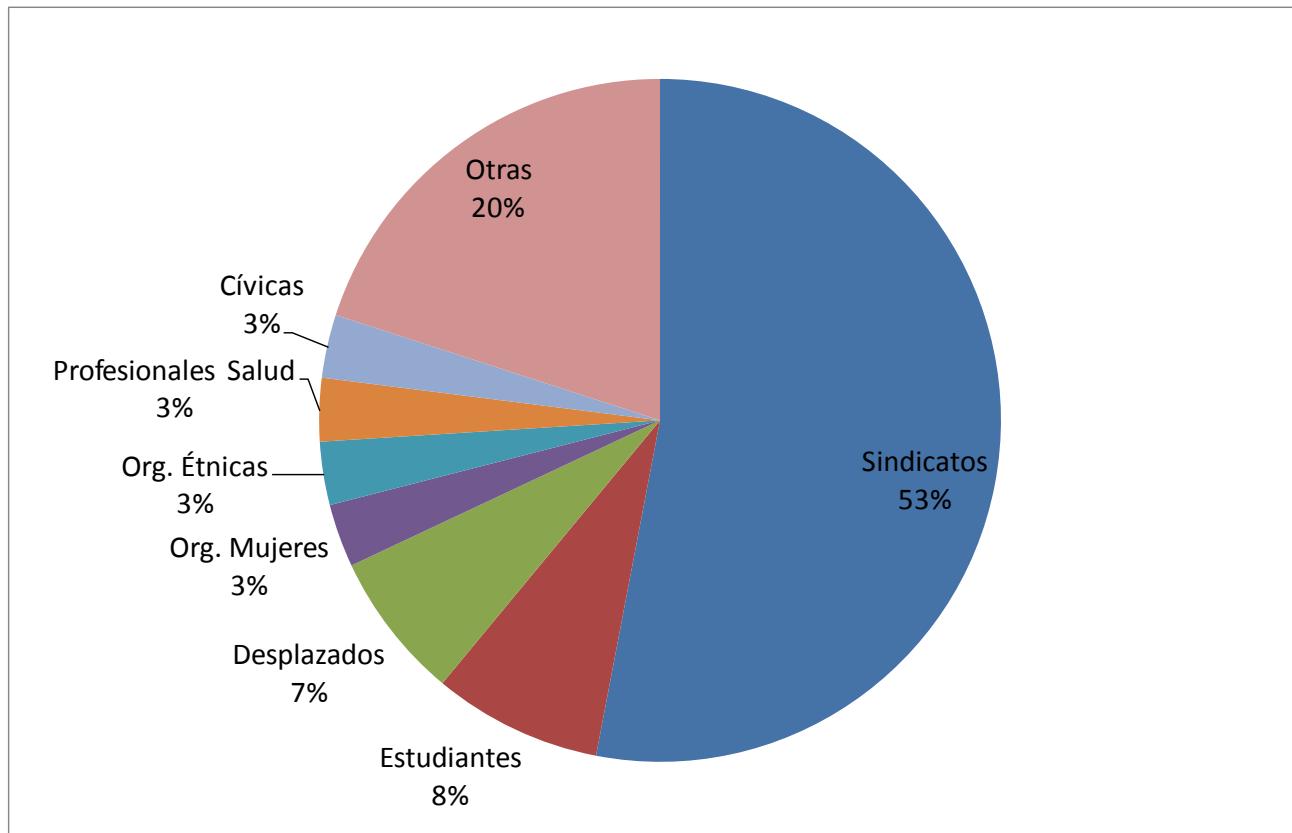
Fuente: Base de datos de Luchas Sociales en Colombia - Cinep

# Repertorios de las Acciones Sociales Colectivas Contenciosas por el Derecho a la Salud. Bogotá, 1994 - 2010



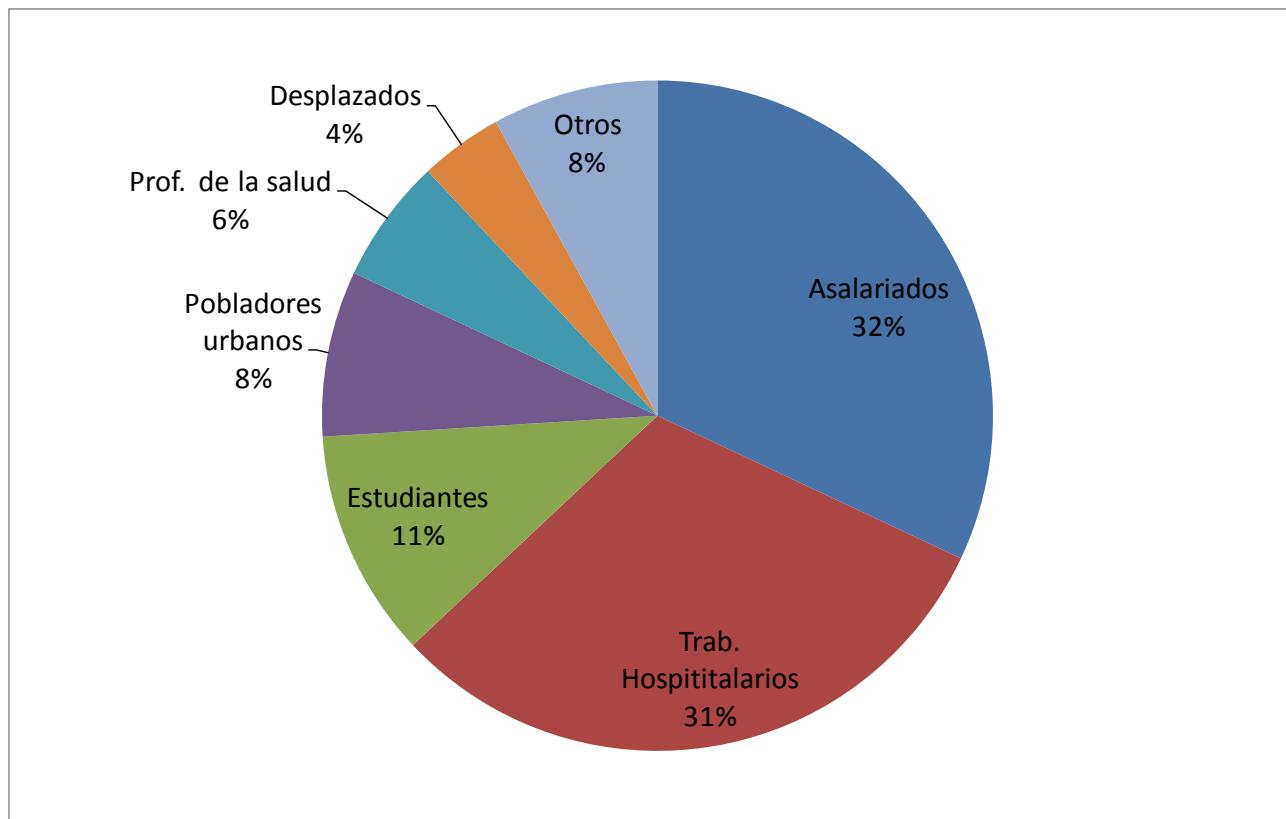
Fuente: Base de datos de Luchas Sociales en Colombia - Cinep

## Convocantes de las Acciones Sociales Colectivas Contenciosas por el Derecho a la Salud. Bogotá, 1994 - 2010



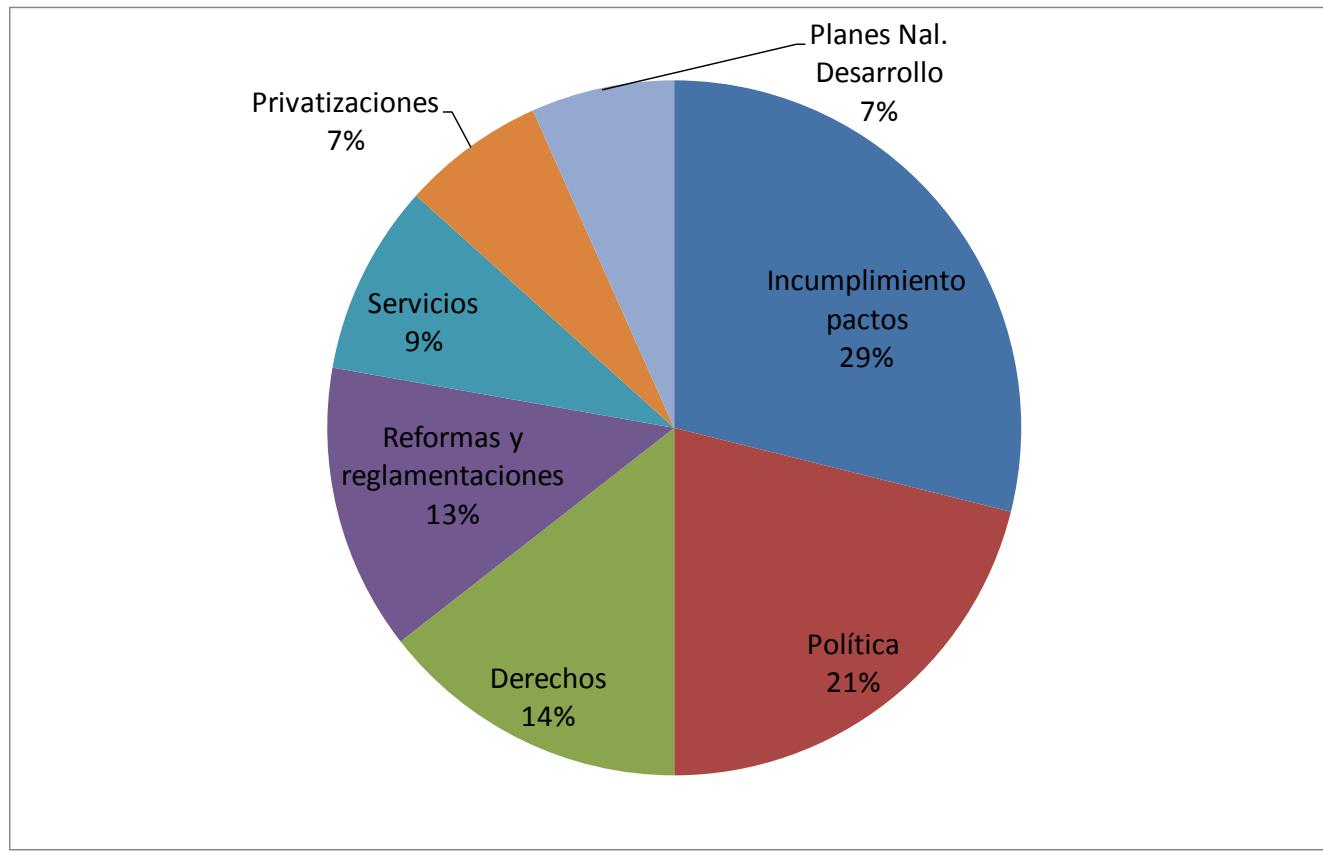
Fuente: Base de datos de Luchas Sociales en Colombia - Cinep

# Participantes de las Acciones Sociales Colectivas Contenciosas por el Derecho a la Salud. Bogotá, 1994 – 2010



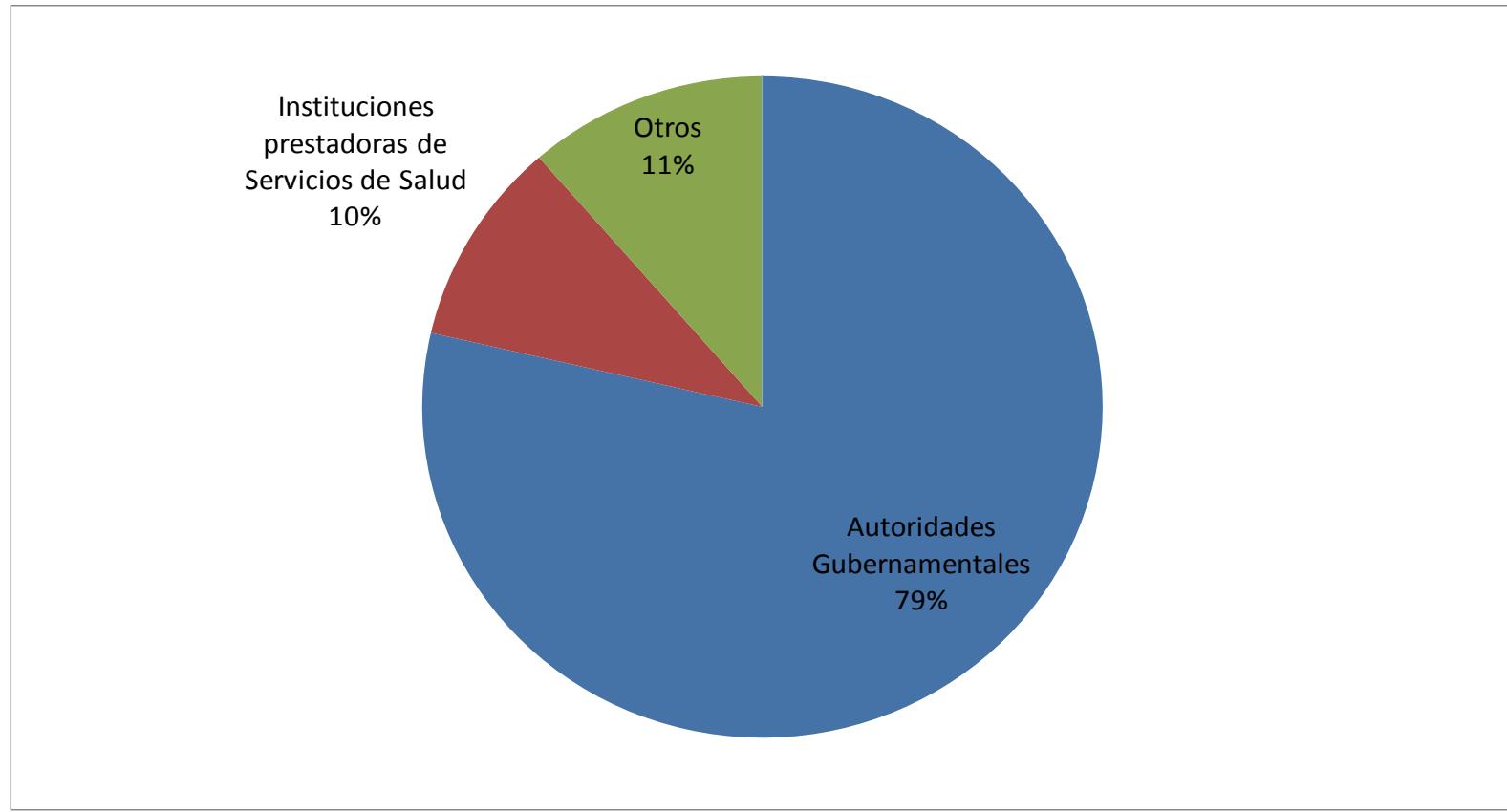
Fuente: Base de datos de Luchas Sociales en Colombia - Cinep

# Motivos de las Acciones Sociales Colectivas Contenciosas por el Derecho a la Salud. Bogotá, 1994 – 2010



Fuente: Base de datos de Luchas Sociales en Colombia - Cinep

## Adversarios de las Acciones Sociales Colectivas Contenciosas por el Derecho a la Salud. Bogotá, 1994 - 2010



Fuente: Base de datos de Luchas Sociales en Colombia - Cinep

# ASCDs No Contenciosas

REPERTORIO	CONVOCANTES	PARTICIPANTES	MOTIVOS	ADVERSARIOS
Congresos Nacionales por la Salud	Plataforma Colombiana de DDHH MNSSS Sindicatos del Sector Salud	Organizaciones: Comunitarias ; mujeres; indígenas; afrocolombianos; gitanos; jóvenes, adultos mayores; discapacidad; desplazados; enfermos; campesinas; trabajadores y profesionales de la salud; LGTBI; pensionados; estudiantes; académicos; ONG.	Generación de escenarios públicos de denuncia por la violación del derecho a la salud y para la deliberación frente a la situación del derecho a la salud y la búsqueda de salidas colectivas a partir de propuestas políticas y jurídicas.	Gobierno nacional EPS
Campamento Humanitario por el Derecho a la Salud	Comisión Comunitaria Distrital de Salud Secretaría Distrital de Salud			
Asambleas Distritales por el Derecho a la Salud				
Audiencia Pública en Salud				
Iniciativas legislativas por el derecho a la salud	PDA con MNSSS. Sindicatos de salud Gremios Prof. salud Org. Indígenas. Ligas de enfermos. Sect. Académicos.	Sindicatos Salud Gremios Prof. salud Org. Indígenas. Ligas de enfermos. Sect. Académicos. PDA.	Presentar alternativas al modelo de Ley 100 de manera general o en aspectos específicos.	Gobierno Nacional EPS
Tutelas en salud	Ciudadanas/os Org. de apoyo	Ciudadanas/os.	Demandas de exámenes diagnósticos, medicamentos, cirugías, prótesis y citas médicas.	EPS IPS – ESE

Fuente: Elaboración propia con base en fuentes primarias y secundarias.

# Proceso de movilización social por el derecho a la salud



**1994**

Ley 100

**2000**

1er. CNS - MNSSS

**2010**

Emergencia Social

# CONTIENDA POLÍTICA POR EL CONTROL DE LA SALUD



# Movimiento social y sujeto político



El desarrollo de las ASCDS fue lo que posibilitó un proceso relacional entre diversos actores sociales, generar una identidad colectiva y configurar un movimiento social por el derecho a la salud. Es decir que han sido las ASCDS las que han posibilitado la configuración de un Mov. Social, tesis que se identifica con el planteamiento del historiador Thompson en el sentido que las clases sociales se configuran en la lucha de clases.

Sin embargo aún no se configura un sujeto político con capacidad de liderar procesos de transformaciones en el campo de la salud.

# ¿Por qué no detona socialmente la salud?

- 1) Carácter de la salud que no es propiamente el que moviliza, sino su opuesto la enfermedad a la que se le da una connotación individual, este aspecto aspecto importante debido a que las creencias colectivas son el núcleo de la construcción social de la protesta, como lo plantea Klandermans)
- 2) Sistema de salud que individualiza la atención e impide que el problema gane el reconocimiento de una injusticia, clave para aumentar la movilización social.
- 3) Poder de las EPS
- 4) Contexto de violencia que reprime la acción colectiva
- 5) Sistema político excluyente
- 6) Diferencias y dificultades organizativas de los sectores sociales
- 7) También se podría decir, que aún no se ha logrado enmarcar las desigualdades, las oportunidades políticas, la organización y movilización en salud en términos de injusticia, retomando el planteamiento desde esta perspectiva que le da al reconocimiento social de la injusticia un valor clave para convertir situaciones injustas en reivindicaciones sociales (Archila, Klandermans, Delgado....)



# EL CONTEXTO ACTUAL

- ▶ Ley Estatutaria en Salud declarada exequible por la Corte Constitucional
- ▶ Ley ordinaria presentada por el Gobierno Nacional archivada.

# Propuesta desde los sectores sociales – ANSA

<b>Contenido esencial del derecho a la salud</b>	<p><b>Derecho a la salud, con 13 componentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Autonomía</li><li>• Vida saludable</li><li>• Atención integral según necesidad (No plan de beneficios; tres límites).</li><li>• Participación vinculante.</li></ul>
<b>Condición para garantía del derecho</b>	Se tiene derecho por ser ciudadano(a) o habitante, sin cuotas ni copagos ni restricción económica al entrar (gratuidad).
<b>Principios rectores</b>	<p><b>Predomina universalidad y necesidad de las personas</b></p>
<b>Responsabilidad del Estado</b>	Respetar, proteger y garantizar el derecho en todos sus componentes.

# Propuesta desde los sectores sociales – ANSA

<b>Estructura del sistema de salud</b>	<p><b>Nueva estructura con administración pública de recursos, sin intermediación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• FUS</li><li>• Unidades territoriales de salud.</li><li>• APS-RISS.</li><li>• Intersectorialidad.</li><li>• Participación y control social.</li><li>• No regímenes.</li><li>• No copagos ni cuotas moderadoras</li></ul>
<b>Autonomía profesional</b>	<p><b>Se respeta. Los profesionales definen lo que se necesita con autorregulación profesional y participación</b></p>
<b>Políticas Prioritarias</b>	<p>Políticas esenciales: Régimen laboral</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Formación y educación superior (hospitales universitarios)</li><li>• CTI.</li><li>• Fuerte regulación y producción medicamentos.</li></ul>
<b>Participación social</b>	<p>Parte del derecho a la salud, como participación vinculante define ámbitos institucionales y territoriales para la participación individual y colectiva</p>

# SÍ ES POSIBLE UN SISTEMA DE SALUD GARANTE DEL DERECHO



Será que las miles de razones que tenemos en Colombia hechas carne en las miles victimas del sistema de salud, no se pueden convertir en ese elemento detonante de la indignación y la movilización que lleve a establecer un real sistema garante del derecho a la salud?

Hay que vincular la lucha por el derecho a la salud en Colombia a un tema más sensible para la sociedad. ¿Tal vez el de la Paz?



**GRACIAS  
POR SU  
ATENCIÓN**

