

The background of the slide is an abstract composition of paint splatters and washes. The upper half is dominated by bright yellow, while the lower half features deep blue and purple tones, with some red and orange accents visible in the bottom right corner. The overall effect is dynamic and textured.

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

EFECTOS 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 produce 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

%	Número de solicitudes
Tratamientos 25,69	60.084
Medicamentos 17,57	41.086
Citas médicas especializadas 12,00	28.072
Cirugías 10,06	23.522
Prótesis, órtesis e insumo médicos 7,20	16.840
Imágenes diagnósticas 6,79	15.870
Exámenes paraclínicos 5,40	12.632
Procedimientos 1,04	2.249
Otras relacionadas con el tema 1,78	29.157

Porcentaje de participación

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



Contributivo

- Tratamientos integrales
- Fonoaudiología
- Fisioterapia

Subsidiado

- Tratamientos integrales
- Terapias para enfermedad cardiovascular
- 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

- Oxígeno
- Micofenolato de Mofetilo
- Insulina Glargina
- Risperidona

Subsidiado

- Omeprazol
- Risperidona
- Oxígeno
- 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

- Neurología
- Endocrinología
- Medicina Interna

Subsidiado

- Medicina Interna
- Ortopedia
- Oftalmología

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

Número de tutelas

Comfenalco Antioquia	56,2
Cooomeva	44,8
Nueva EPS	40,9
Servicio Occidental de salud SOS	35,1
Golden Group	27,6
Saludcoop	24,1

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

Número de tutelas

Cóndor EPS	116
Colsubsidio/Comfenalco	40,9
Ecoopsos	40,6
Comfanorte	29,8
Caprecom	27,1

FALLECIÓ, DESPUÉS DE VOLTEAR POR HOSPITALES Y CLÍNICAS

1 En la Clínica Versailles
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 Versailles. El médico de Urgencias le recomendó a la familia trasladarlo a otro centro asistencial para que lo viera un médico especialista.

2 Hacia el Hospital de Caldas
EMI lo llevó al Hospital de Caldas. Intentaron ingresarlo 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 Versailles, sin preocuparse por el estado de Alejandro.

4 De nuevo en la Clínica Versailles
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.

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 asumirían 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.

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 hacía días se había roto y que el derrame en el abdomen demostraba que los órganos internos se encontraban en necrosis.

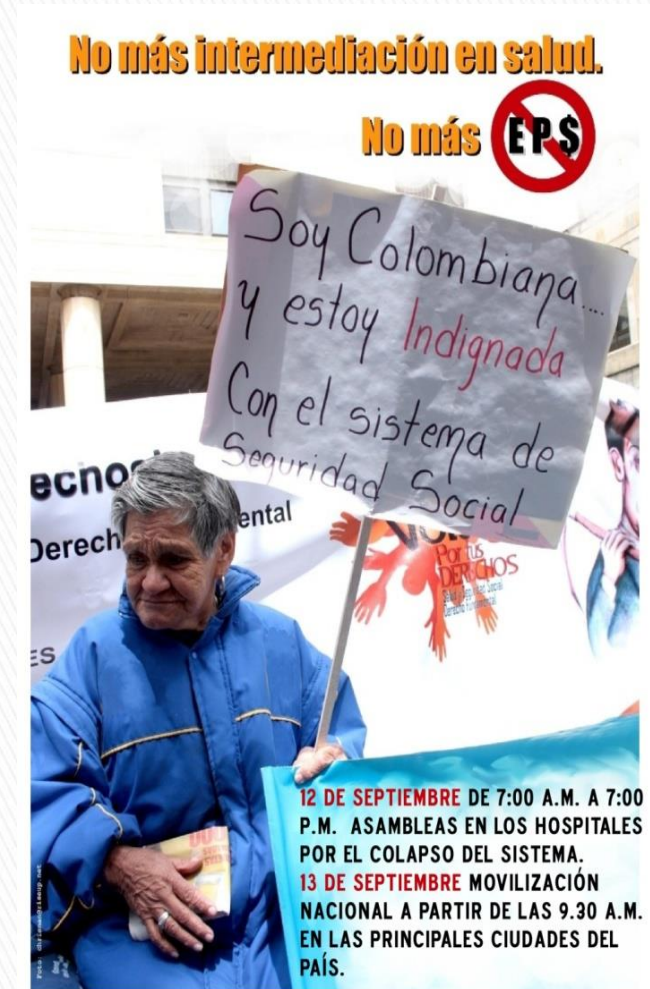
EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIA

- ▶ 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*.

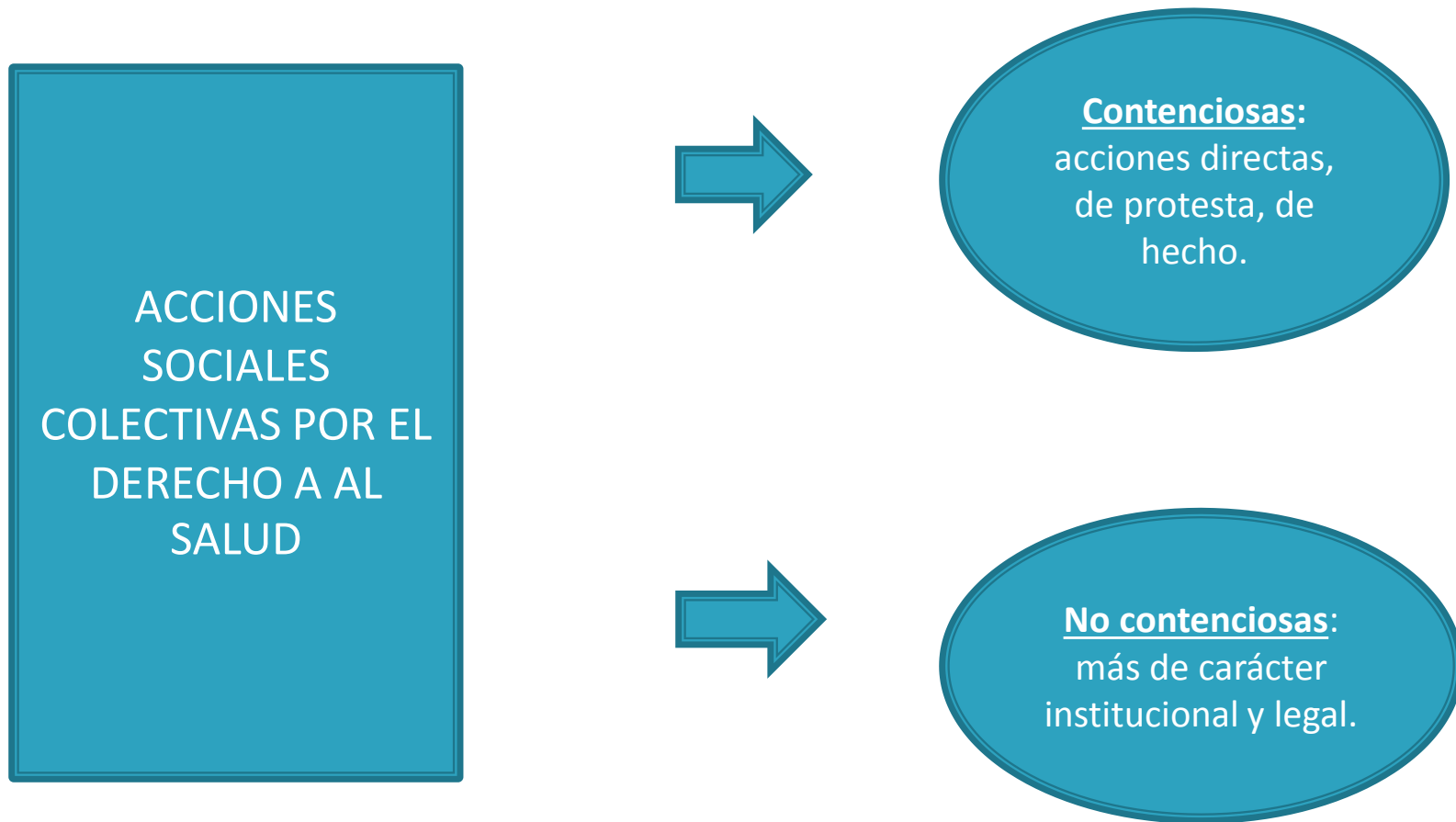


La Ley 100 y su impacto sobre el derecho a la salud

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

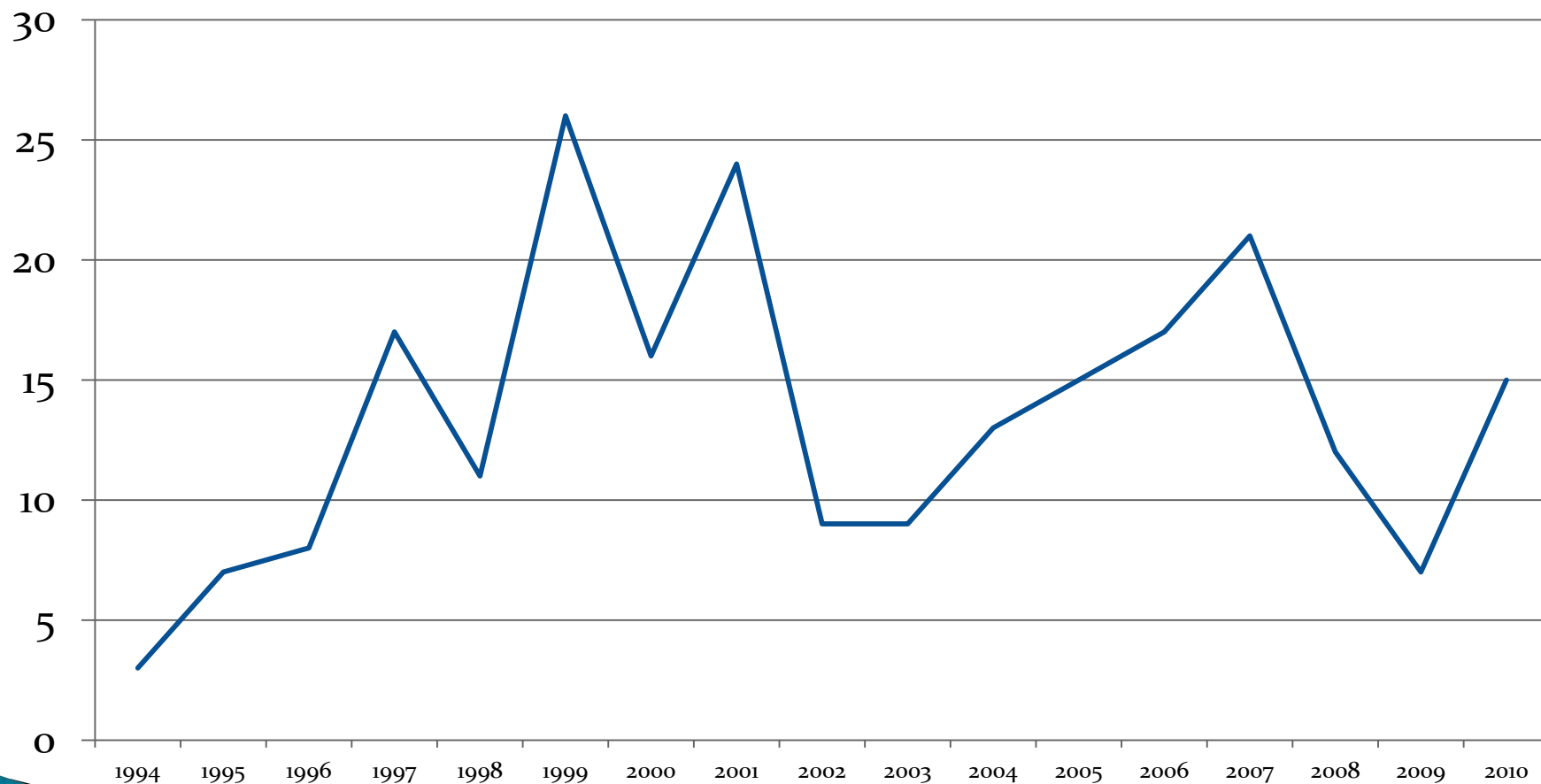


ASCDS Contenciosas

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

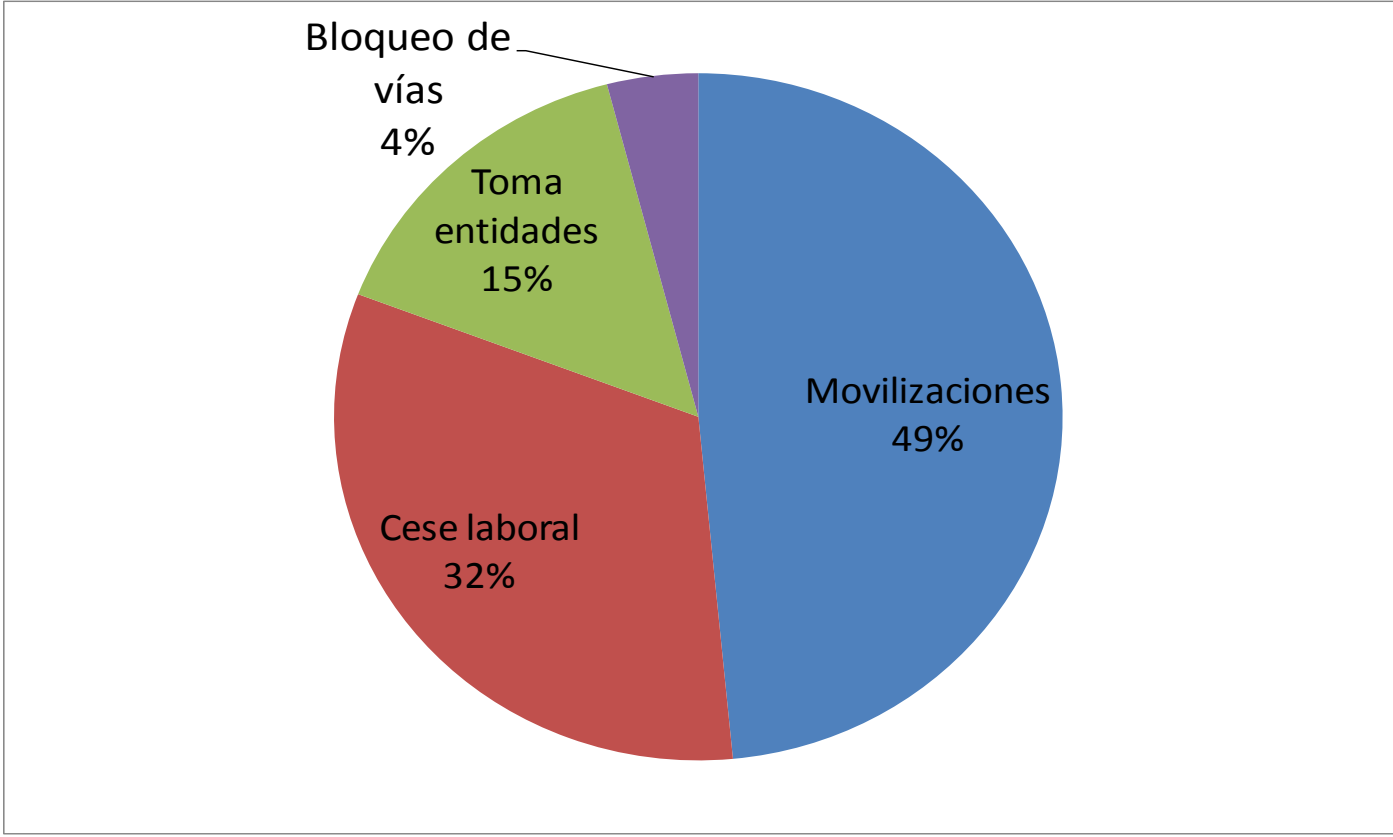
Fuente: Base de datos de Luchas Sociales en Colombia - Cinep

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

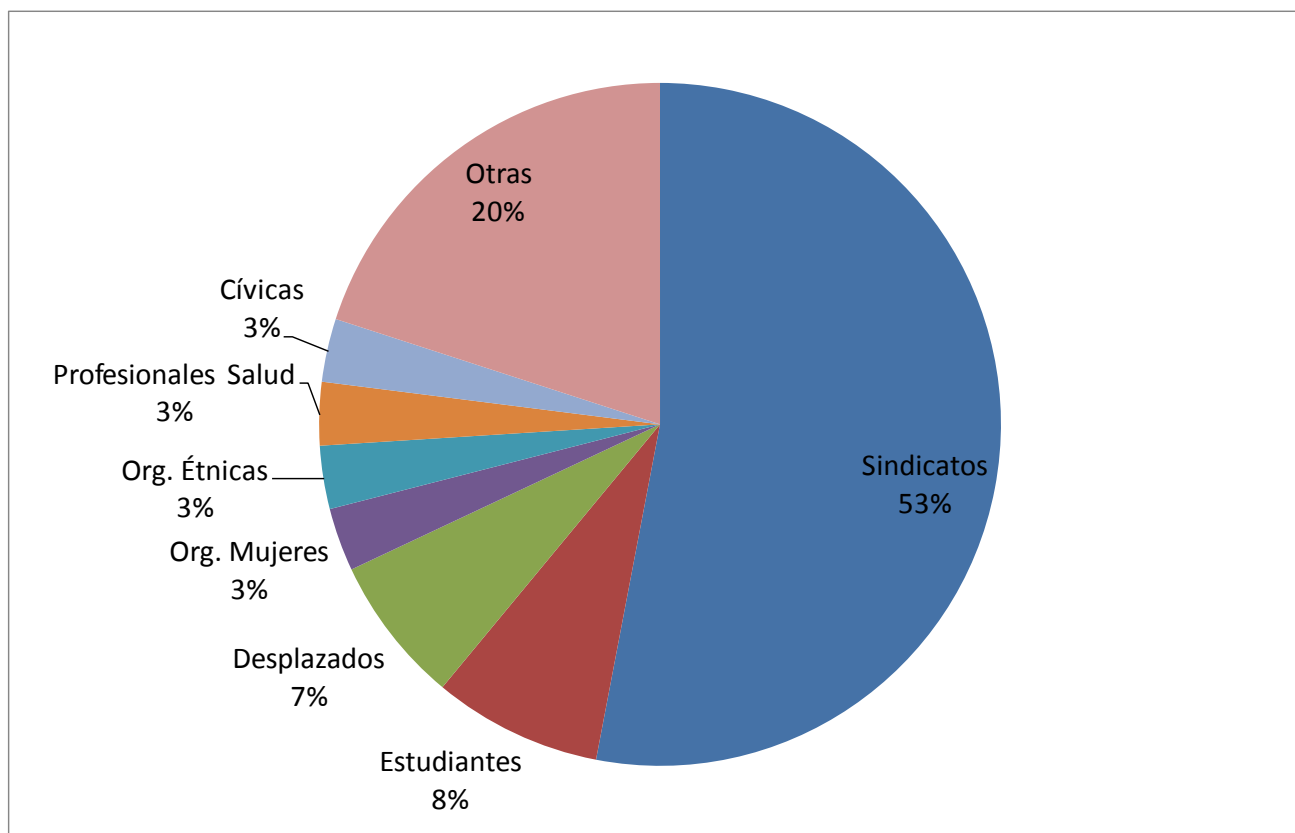


Fuente: Base de datos de Luchas Sociales en Colombia - Cinep

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

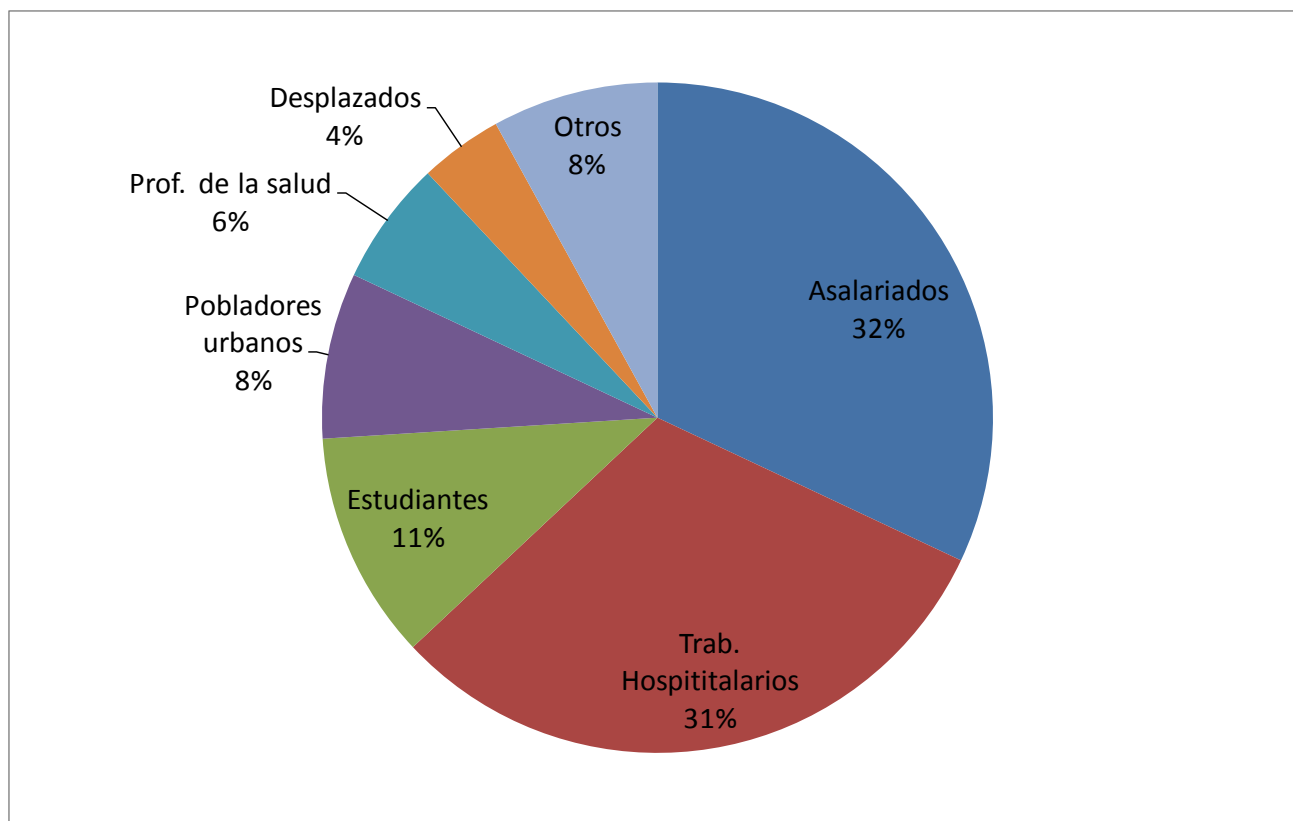


Convocantes de las Acciones Sociales Colectivas Contenciosas por el Derecho a la Salud. Bogotá, 1994 – 2010



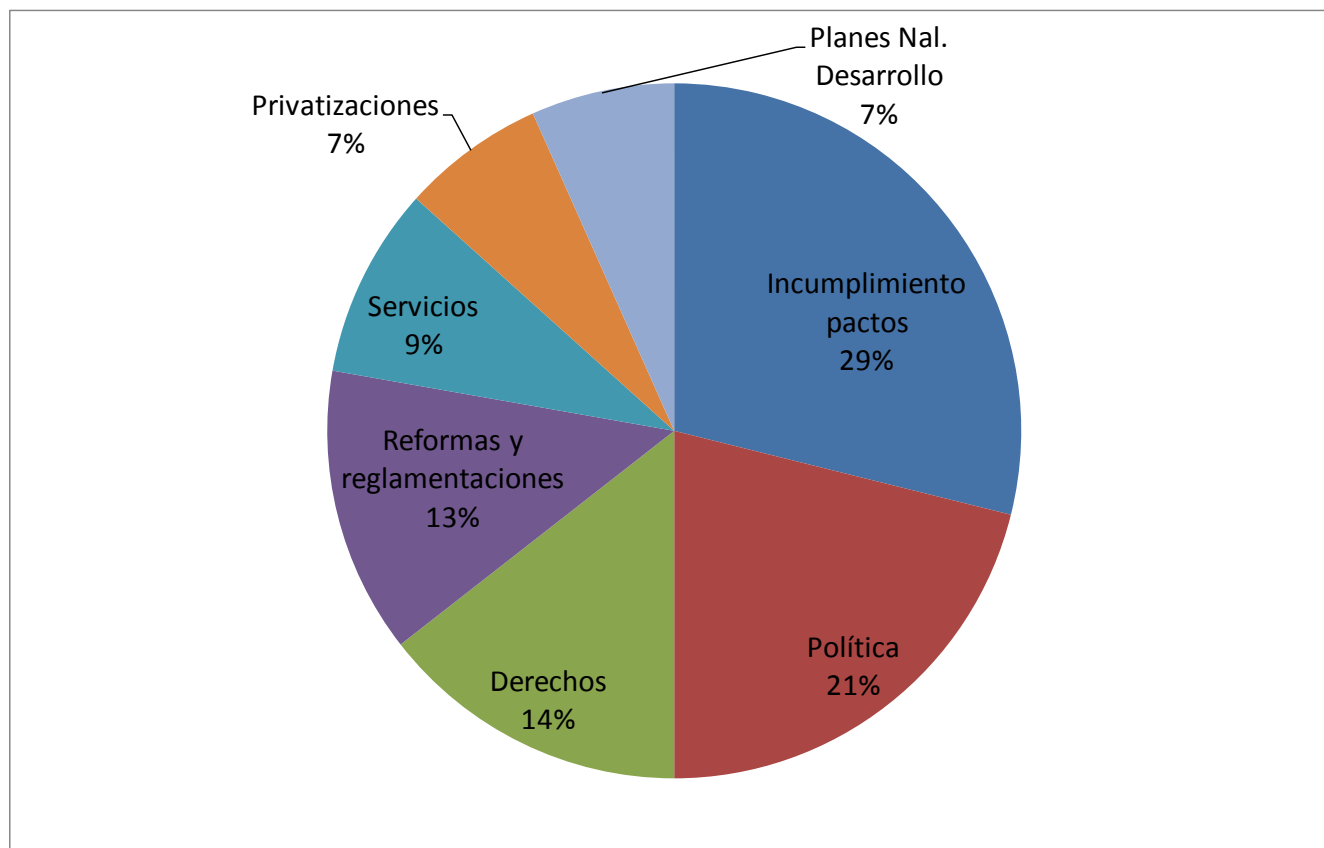
Fuente: Base de datos de Luchas Sociales en Colombia - Cinep

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



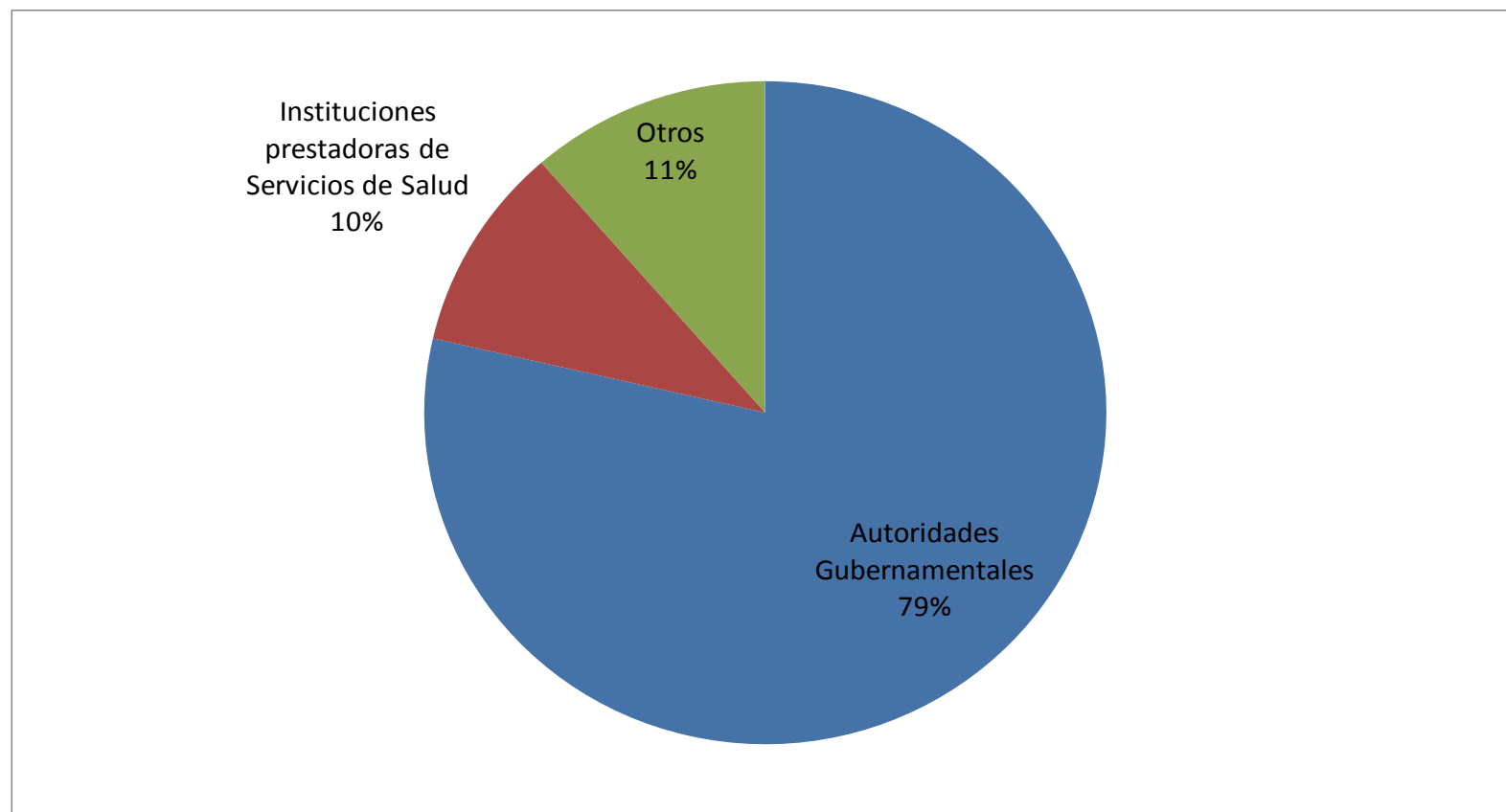
Fuente: Base de datos de Luchas Sociales en Colombia - Cinep

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 Comisión Comunitaria Distrital de Salud Secretaría Distrital de 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				
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.	Demanda 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	-	2000	-	2010
Ley 100		1er. CNS - MNSSS	Gob. Dist.	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.

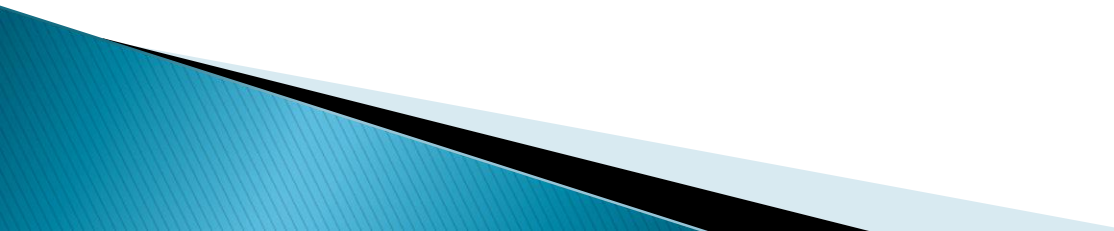
Sin embargo aún no se configura un sujeto político con capacidad de liderar procesos de transformaciones en el campo de la salud.

¿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 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

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

Propuesta desde los sectores sociales – ANSA

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

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 víctimas 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**

