

Revisión de las barreras de acceso a los servicios de salud de la población con discapacidad en Colombia entre los años 2005 a 2015*

Review of barriers of access to health services population in Colombia with disabilities between 2005 to 2015

Natalia Paola Vélez Madrid**

**Administradora de servicios en salud y especialista en Gerencia de la Seguridad Social de la Universidad CES
Correo electrónico: nanelasquez21@gmail.com

Carlos Darío González Aguirre***

***Ingeniero en Higiene y Seguridad Industrial y especialista en Gerencia de la Seguridad Social de la Universidad CES
Correo electrónico: cgonzalez@sura.com.co

Adriana Patricia Velásquez Ramírez****

****Administradora de Servicios de Salud y especialista en Gerencia de la Seguridad Social de la Universidad CES
Correo electrónico: nanelasquez21@gmail.com

Resumen

La salud está fundamentada en parte, en uno de los principios constitucionales más importantes, como lo es el principio de Universalidad, que a la vez se convierte en un derecho, el cual es de alta complejidad y en donde se tocan fibras muy sensibles que involucran el “feliz” desarrollo de una sociedad o población, y en donde las variables políticas, económicas y sociales, juegan un rol muy importante en el correcto desarrollo de la misma.

La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás (convención ONU 2006); es por esto, que el acceso de esta población a los servicios de salud, se ve entorpecido por los múltiples obstáculos sociales, administrativos, tecnológicos, económicos, físicos, entre otros, cada uno con gran importancia para el desarrollo integral.

Las barreras de acceso persisten, problemas como la accesibilidad y disponibilidad, impiden mejorar la calidad de vida y la integración plena a la sociedad, convirtiéndose en discriminatoria en este grupo minoritario, de modo que no pueden gozar a plenitud del derecho fundamental a la salud.

Palabras clave: Barrera de acceso, persona con discapacidad, derecho fundamental de la salud, disponibilidad, Accesibilidad.

Abstract

Health is based in part on one of the most important constitutional principles, as is the principle of universality, which in turn becomes a law, which is highly complex and where sensitive fibers are touched involving “ the happy” development of a society or population and where political, economic and social variables play an important role in the proper development of the same one.

Disability is an evolving concept that results from the interaction between persons with impairments and barriers due to attitudinal and environmental that hinders their full and effective participation in society on an equal basis with others (UN convention 2006) It is for this reason that disabled population’s access to health services is hampered by many administrative, technological, economic, physical, and other social barriers, each with great importance for the overall development.

Access barriers persist, problems of accessibility and availability, preventing improve the

Recepción
6 de febrero de 2016

Revisión:
9 de junio de 2016

Aprobación:
15 de septiembre de 2016

Artículo de investigación

* El artículo de investigación que se presenta a continuación, es producto del trabajo de grado presentado para optar por el título de especialistas en Gerencia de la Seguridad Social, ofrecido por las facultades de derecho y medicina de la Universidad CES.

quality of life and full integration into society, becoming discriminatory in this minority group, so they cannot fully enjoy the fundamental right to health.

Keywords: Access barrier, Disabled person, fundamental right to health, Availability, Accessibility.

Introducción

Si bien una vivienda digna con condiciones sanitarias apropiadas, el acceso al agua potable, suministro adecuado de alimentos sanos, buenas condiciones laborales, el medio ambiente y la educación son sustanciales, con mayor razón es importante y relevante que el Estado, los entes Departamentales, Gubernamentales, Municipales y demás tengan muy claro el panorama del estado actual de salud de la población colombiana, más aun cuando dentro de esa perspectiva se tienen identificadas todas aquellas poblaciones vulnerables por cualquier situación específica que les limite acceder a servicios de salud de calidad y a la distribución equitativa de los beneficios del desarrollo con justicia social y solidaridad.

Los elementos anteriormente nombrados se deben convertir en herramientas todavía con más enfoque preferencial en las personas con discapacidad, no como característica de la persona, sino como un conjunto de condiciones adversas, en donde muchas de ellas son creadas por el ambiente social.

Es por esto que en un primer capítulo revisaremos las generalidades y aproximaciones asociadas a las barreras de acceso en la prestación de los servicios de salud para las personas con discapacidad, teniendo presente las consideraciones emitidas por las entidades que se encargan de reglamentar y regular lo relacionado con este tema.

Posterior a esto haremos una revisión y ampliación que contempla dos de los elementos que están definidos en la jurisprudencia nacional e internacional, los cuales han sido abordados a partir de la Observación General # 14 del año

2000, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en su artículo 11 hace énfasis a los sujetos de especial protección, niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, víctimas del conflicto armado, población adulta mayor y personas con discapacidad, expresa que la atención no puede ser limitada por ninguna restricción o barrera de tipo administrativa o económica, el estado y las instituciones del sector salud deberán garantizar la atención y definir los procesos intersectoriales y la sentencia hito T760 de 2008, en donde se recogen conceptos relacionados con el acceso a los servicios de salud de personas con discapacidad, los cuales incluyen la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y la calidad como conceptos fundamentales que bien desarrollados y aplicados, no solo contribuyen a una atención de la salud de forma oportuna, sino también al abordaje indirecto de todos los factores determinantes de la salud antes mencionados.

Centraremos la atención en este capítulo en los conceptos de Disponibilidad y Accesibilidad, ampliando su espectro a lo que ha definido la extensa jurisprudencia de la Corte Constitucional en sus diferentes sentencias de tutela, de todas aquellas situaciones y escenarios en los cuales se han presentado barreras de acceso a los servicios de salud en personas con discapacidad; producto de que ha sido, a través de este recurso, la forma más “expedita” y efectiva de hacer valer la aplicabilidad de este derecho fundamental en esta población, pese a estar ampliamente reglamentado.

En un último capítulo contemplaremos algunas reflexiones finales ligadas a la información recopilada y analizada, de manera tal que brinde elementos y herramientas que contribuya a que las barreras que hoy afectan esta población frente a la atención en salud, aporten a las partes interesadas a abordar este tema de una forma diferente y más integral, no solo basta con contemplar la información técnica

sociodemográfica asociada a las regiones o poblaciones con personas con discapacidad como el parámetro de relevancia. Lo que se busca, es de que dicha información permita brindar al aparato legislativo, a los entes gubernamentales, territoriales, Secretarías de Salud, Empresas Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, grupos de investigación interesados en este tema, población con discapacidad, sus familias entre otros, herramientas necesarias para la toma de decisiones temprana, reestructuración de los programas de gobierno y re-direccionamiento en la gestión e inversión financiera, de tal forma que se tenga cada vez más una sociedad en condiciones de igualdad, comprometida, vinculada, equilibrada y coherente con los principios y políticas de convivencia social y ciudadana.

Capítulo I

Generalidades y aproximaciones

La discapacidad ha sido históricamente asociada a la condición de salud de una persona, y los términos enfermedad, curación, tratamiento son variables dependientes que responde a un proceso dinámico que varía en severidad, duración y magnitud.

En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas. (Resumen Informe Mundial sobre la Discapacidad OMS, 2011, pp. 5).

Las medidas más comúnmente usadas en discapacidad incluyen aquellas referidas a las

actividades de la vida diaria, los años de vida ajustados por discapacidad, las clasificaciones internacionales propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los censos poblacionales, las encuestas nacionales de calidad de vida y de salud, y las bases de datos de vigilancia epidemiológica. (Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes, 2008, pp. 24).

En las últimas tres décadas han sido formuladas distintas metodologías de estimación de las condiciones de salud en el mundo, en términos de conocer la carga global y particular de la morbilidad y la discapacidad, y de estimar la eficacia de las intervenciones en el ámbito de la salud pública.

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. (Resumen Informe Mundial sobre la Discapacidad OMS, 2011, pp. 5).

En el 2011 la OMS dio a conocer su informe mundial sobre la discapacidad, el cual estima que el 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad. En Latinoamérica las prevalencias más altas son: Brasil 23,9%, Chile 12,9% y Ecuador 12,1%; y las más bajas son: Cuba con 3,3%, Honduras 2,3% y Paraguay 0,99%. Colombia por su parte tiene una prevalencia intermedia del 6,3%, lo cual representa a 2.624.898 colombianos, según el censo general del 2005. (La discapacidad en Colombia: Una mirada global, 2012, pp. 164).

El departamento de Antioquía es el que concentra la mayor proporción de personas con discapacidad con el 13%, seguido por Valle del Cauca 8%, Santander y Nariño, con el 6,4% y 6% respectivamente. En el departamento de San Andrés el 61% de las personas con discapacidad son mujeres, seguido del Chocó con 60%; caso contrario se presenta en los departamentos de Vaupés (61%) y Guainía

(58%) donde los hombres son los más afectados. (Mujer y discapacidad en Colombia, 2012, pp. 10).

En general, las personas con discapacidad, tomadas en su conjunto, no están recibiendo una asistencia en salud en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos. Algunos grupos, como las personas con discapacidad intelectual, están notablemente discriminados por nuestro sistema, y pese a presentar más problemas de salud que la población general, acuden con menor frecuencia a los servicios de salud, debido a la innumerable cantidad de barreras con las que se encuentran. (La atención sanitaria a las personas con discapacidad, 2013, pp. 152).

En una sociedad en donde se busca que la participación plena de todos sus individuos sea cada vez más equilibrada e igualitaria, se debe tener en cuenta una población que aunque minoritaria, es relevante, las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006, pp. 6).

La salud como derecho fundamental, requiere que esté estrechamente alineada a conceptos que permita dar cumplimiento a una mejor prestación de los servicios de salud, es por ello que es importante que se incluyan elementos o variables tales como la accesibilidad, la cual contempla que los establecimientos, bienes, servicios, tecnologías en salud entre otros, deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del estado. (Observación General # 14 del año 2000, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas). Ley 1751 de 2015. De igual forma sobresalen otros conceptos ligados a la accesibilidad, entre ellos la Accesibilidad

Económica (asequibilidad), la cual comprende los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud, los cuales deben basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. (Observación General # 14 del año 2000, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas); la accesibilidad física refiere los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados. (Observación General # 14 del año 2000, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas).

Las barreras de acceso para las personas con discapacidad, comprenden todas aquellas estructuras físicas y mentales que no contribuyen a que esta población desarrolle sus necesidades y pensamientos acordes a los principios de igualdad y universalidad descritos en nuestra Constitución Política; más aún cuando el concepto de discapacidad evoluciona y resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Preámbulo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad" ONU, 13 de diciembre de 2006).

La disponibilidad es otra variable, en donde el país deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, centros de atención, garantizar la existencia de servicios y tecnologías, programas de salud, personal médico y profesional competente. Estos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas y medicamentos esenciales entre otros. (Observación General

14 del año 2000, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas). Ley 1751 de 2015.

El desarrollo de los países ha permitido que se generen diversas formas de abordar estos temas y en donde uno de los resultados que se busca es la sostenibilidad, la demanda de servicios, siempre será el motor que impulse o le dé pausa para definir o marcar una tendencia en atención en salud a personas con discapacitadas y en donde cada vez más se busquen estrategias que motiven el desarrollo de nuevas tecnologías que permitan ser más oportunos y eficaces en los procesos e intervenciones médicas.

Capítulo II

Identificación de barreras de acceso

Algunas de las barreras de acceso a los servicios de salud de personas con discapacidad están contenidas e identificadas en la amplia jurisprudencia de la Corte Constitucional en sus diferentes sentencias de tutela y expedientes, los cuales señalan barreras administrativas, tecnológicas, económicas y físicas.

En cuanto al concepto de disponibilidad y accesibilidad, estos fueron tutelados por las sentencias T-073/13, T-105/14, T-4097397, T-4097424, T-4097465, T-4097805, T-4104337, T-4110225, T188/13, T-233/11, T-2876514, T-2877760, T 2879284, T-2882655, T-2885909 en las cuales se identificaron las siguientes barreras:

Administrativas

En la sentencia T-073/13 se ve tutelado el derecho al suministro de medicamentos de forma oportuna al no autorizar el medicamento FENITOINA 100 mg., así como los elementos básicos para su higiene como son los pañales desechables, el suministro del servicio de traslado en ambulancia con el manejo de enfermería, desde el municipio de Sesquilé hasta el Hospital Universitario La Samaritana

en la ciudad de Bogotá, para asistir a las terapias ordenadas por su médico tratante, debido a que la Entidad considero que en el caso del medicamento FENITOINA 100 mg. se encuentra vencida la autorización del INVIMA para la producción en Colombia, por tal razón, no se encuentra disponible para su dispensación y se recomienda utilizar otra alternativa. Agregó, que el servicio de enfermería es un evento NO POSS que no se encuentra dentro del plan de beneficios para el régimen subsidiado de salud, de conformidad a lo dispuesto en el Acuerdo 039 de 2011, al igual los insumos de pañales y transporte, los cuales se encuentran excluidos del Plan Obligatorio de Salud.

A continuación se describen algunas de las barreras de tipo administrativo más comunes que fueron identificadas en las sentencias que fueron revisadas:

No autorización de servicios de enfermería domiciliaria.

No pronunciarse frente a solicitudes realizadas, a través de derechos de petición o acciones de tutela.

Dilatación de procesos, a través de conceptos o respuestas que no tienen validez legal y jurídica (respuesta a derechos de petición).

Autorización de los servicios de salud en sitios que no reúnen las condiciones para que los médicos puedan ejercer sus funciones.

Autorización de los servicios de salud en lugares en donde se dejaba de prestar los servicios requeridos.

Red de atención en salud (clínicas, hospitales, centros de salud y demás) no disponible o no vinculada a la entidad promotora de salud.

Red de atención de especialistas no vinculada o médicos no adscritos a las entidades promotoras de salud.

Respuestas no argumentadas o poco sustentadas, aduciendo la negación en un servicio o tratamiento, producto de que no se encuentra incluido en el Plan Obligatorio de Salud - POS

Poca disponibilidad de personal y tiempo con relación a la casuística de algunos tratamientos que refieren de un manejo más continuo y con mayor presencia de personal profesional idóneo.

No tener contrato con centros especializado que brindan tratamientos específicos de alta complejidad en algunas regiones del país.

Perdida o Deficiencia en el manejo de documentación por parte de las Entidades Promotoras de Salud- EPS, lo que conlleva a retardo en autorizaciones y tramites a los usuarios.

Centralización de los procesos administrativos de algunas Entidades Promotoras de Salud-EPS.

No presentar la documentación necesaria por parte de los usuarios al sistema de salud (poca orientación y asesoría en el tema).

Dificultad en las agendas del personal médico especializado para la atención de usuarios con pronósticos de salud complejos.

Tecnológicas

En algunos casos puntuales no existe evidencia científica que establezca que los tratamientos solicitados vayan a generar una mejoría, puesto que sus resultados no han sido determinados por la medicina y dependen en gran medida de los pacientes.

Un ejemplo muy claro se da en la sentencia T-4097397 donde se tutela por no asumir los costos económicos de los tratamientos y terapias, con el fin de brindarle una mejor calidad de vida a David Elías, quien presento diagnóstico de parálisis flácida por infección, puesto que la entidad accionada autorizaba

los servicios de salud en sitios que no reunían las condiciones para que los médicos pudieran ejercer sus funciones o en los sitios autorizados se dejaba de prestar los servicios requeridos, debido a que la Entidad considero que se deben negar las pretensiones de los accionantes por improcedentes. Indicó que sus reclamaciones económicas deben ser alegadas a través de los mecanismos judiciales correspondientes dado el carácter subsidiario de la acción de tutela. Además, la EPS ha realizado los reembolsos de acuerdo con los gastos que han incurrido los demandantes. Esto conforme a lo señalado en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994. Igualmente, sostuvo que los requerimientos médicos de los padres de David Elías no hacen parte de las inclusiones del Plan Obligatorio de Salud (POS), y que han autorizado los servicios médicos en la medida que han sido aprobados por la EPS Saludcoop. Señala que no existe evidencia científica que establezca que las terapias solicitadas (fisioterapia, terapias ocupacionales, hipoterapias, acuaterapias, terapias vojta, entre otras) vayan a generar una mejoría en el niño, puesto que sus resultados no han sido determinados por la medicina y dependen en gran medida de los pacientes.

Así mismo, la asignación de tratamientos convencionales poco efectivos con respecto a enfermedades de alta complejidad (relación costo – beneficio) poco efectiva para el usuario y el sistema de salud.

En la sentencia T-3.702.429, se evidencia la cantidad de trámites administrativos a los cuales se ve expuesta la accionante, buscando que le puedan autorizar la operación de un tumor cancerígeno en la parte posterior derecha del ojo a su hijo. Debido a esto y luego de muchos procesos, en el mes de marzo la accionante se dirigió a Solsalud EPS en Neiva, desde allí le sugieren radicar todos los documentos en esta oficina. Acorde con la indicación dada, el 25 de abril de 2012 procedió a dejar todos los papeles requeridos; 15 días más tarde llamó debido a que no pudo desplazarse hasta la ciudad de



Neiva y le informaron que no tenían red por lo que en ese momento no era posible darle una respuesta,

La accionante Informa que regresó a las oficinas de la EPS en Neiva en donde le manifestaron que no era posible que esta oficina le diera autorización debido a que en Bogotá ya la había emitido, sin embargo, explicó que le solicitaron que dejara la autorización original con la finalidad de corroborar y de establecer donde iban a seguir atendiendo al menor. A los 15 días siguientes volvió y aun no le tenían respuesta.

Manifiesta que nuevamente en septiembre 4 y 11 se acercó a las oficinas de Solsalud en Neiva donde le expresaron que no se han podido comunicar con las entidades con las cuales tienen convenio. Finalmente asegura que su hijo tiene 6 años, que la extracción del ojo le ha generado un dramático cambio en su vida personal y social. Además, manifiesta que en la medida en que pasa el tiempo la situación es más gravosa para el menor.

Lo anterior evidencia la clara dependencia de los sistemas, servidores, plataformas tecnológicas software etc. Para dar agilidad a los trámites y autorizaciones (Entidades Promotoras de Salud-EPS que aducen no tener “red” y no dan respuesta oportuna a los usuarios).

A continuación se describen algunas de las barreras de tipo económicas más comunes que fueron identificadas en las sentencias que fueron revisadas:

Económicas

No sufragar los gastos que demanda el traslado de un afiliado al sistema, con el fin de que pueda acceder a un servicio de salud.

No socorrer los gastos asociados a tratamientos

Respuestas de las entidades prestadoras de servicios de salud, sustentadas en no tener más recursos económicos para continuar con

los tratamientos que requiere el contribuyente o beneficiario.

No reconocimiento del reembolso, debido a los gastos asumidos por los contribuyentes o beneficiarios al sistema de salud, sustentado en la prontitud y oportunidad que no dan las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud.

Contribuyentes y beneficiarios que no cuentan con los recursos económicos necesarios para asumir tratamientos ordenados.

Auxilio del servicio de transporte en el sistema de salud.

La naturaleza jurídica de los copagos y de las cuotas moderadoras, así como los casos en que procede su exoneración.

Amparo para el acceso a tratamientos y medicamentos.

Principio de continuidad en el servicio de salud (Suspender de manera abrupta un tratamiento).

Prestación de medicamentos y tratamientos no incluidos en el plan obligatorio de salud -POS- y recobro ante el Fosyga en el caso del régimen contributivo, o ante la entidad territorial en el caso del régimen subsidiado.

Como característica particular de las sentencias y expedientes revisados, se puede establecer que las principales barreras de acceso en salud estas asociadas a procesos de autorizaciones, procedimientos, accesos, capacidad económica, dilatación, no respuesta y disponibilidad de los servicios de salud que fueron requeridos o solicitados, con el fin de que fueran reconocidos.

Así mismo podemos concluir, el hecho de otorgar el carácter de fundamental y autónomo al derecho a la salud y por lo tanto poder solicitar su amparo a través de tutela. Esta posición fue adoptada por la Corte Constitucional mediante la incorporación de citas que, en su mayoría, referencian la sentencia T-760 de 2008.

La Corte empezó a citar esta providencia por primera vez en sentencia proferida en octubre de 2009, por el magistrado Dr. Hugo Fernando Bastidas Bárcenas, sentencia con radicado No. 52001-23-31-000-2009-00285-01(AC).

La jurisprudencia constitucional ha entendido que el derecho a la salud contiene el rango de constitucional y el de fundamental, en el entendido que busca proteger el desarrollo de una vida digna, la cual se manifiesta como uno de los pilares de la noción de derechos fundamentales y además, como fundamento de nuestro Estado Social de Derecho. La acción de tutela procede entonces para proteger el derecho a la salud de manera autónoma. No obstante, “ (...) reconocer la fundamentalidad de un derecho no implica, necesariamente, que todos los aspectos cobijados por éste son tutelables. Primero, porque los derechos constitucionales no son absolutos, es decir, pueden ser limitados de conformidad con los criterios de razonabilidad y proporcionalidad que ha fijado la jurisprudencia constitucional. Segundo, porque la posibilidad de exigir el cumplimiento de las obligaciones derivadas de un derecho fundamental y la procedencia de hacerlo por medio de la acción de tutela, son cuestiones diferentes y separables”.

La circular 010 de 2015, referencia las obligaciones correlativas a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y a favor de las personas con discapacidad, dentro de las cuales se destacan garantizar la accesibilidad e inclusión de las personas con discapacidad en todos sus procedimientos, lugares y servicios, eliminando cualquier acción, medida o procedimiento que dificulte el acceso y la prestación de los servicios de salud.

Algunos de los temas que describe la circular 010 tienen relación con asegurar la atención integral de salud a la población con discapacidad, cobertura de los servicios en salud incluidos en el plan de beneficios, provisión de los servicios en el lugar de

residencia de las personas con discapacidad y el suministro de transporte incluidos en el plan de beneficios, provisión de los servicios de salud no cubiertos en el POS, cobertura de servicios de salud ordenados por personal no adscrito a la red y accesibilidad a las IPS entre otros. Además, la circular complementa con información de jurisprudencia más reciente sentencias T-574/2010 medicamentos no POS, T-608 de 2011 Animalterapia, T-313/2014 ley estatutaria de salud,

Propuestas de solución

Lo importante de reconocer estas barreras es que permite a los tomadores de decisiones, identificar dónde se encuentran los principales limitantes al acceso y disponibilidad; de esta manera establecer los correctivos necesarios para garantizar que un importante objetivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como es la garantía de la utilización de servicios cuando esta es necesaria, se cumpla. A pesar de que se debe mantener la estrategia de aseguramiento universal como mecanismo para garantizar el acceso, se deben implementar acciones preventivas y correctivas que permitan disminuir las barreras desde la oferta y la demanda, que garanticen una atención integral en salud con altos estándares de calidad.

Las sociedades deben reconocer que pese a los esfuerzos que se hagan en materia de prevención, siempre habrá un número de personas con deficiencias y discapacidades y que deben identificar y eliminar los obstáculos a la participación plena.

Todos los gobiernos deben procurar que los beneficios obtenidos, gracias a los programas de desarrollo, lleguen también a los ciudadanos con discapacidad. En el proceso de planificación general y en la estructura administrativa de todas las sociedades deben incorporarse medidas en este sentido. Los servicios especiales que pudieran necesitar

las personas con discapacidad, han de formar parte, siempre que sea posible, de los servicios generales de un país.

Las personas con discapacidad tienen derechos iguales, también tienen obligaciones iguales. Es su deber participar en la construcción de la sociedad. Las Sociedades deben elevar el nivel de expectativas en lo que respecta a personas con discapacidad y movilizar así todos sus recursos para el cambio social. Esto significa, entre otras cosas, que a los jóvenes con discapacidad se les han de ofrecer oportunidades de carrera y formación profesional y no pensiones de retiro prematuro o asistencia pública.

De las personas con discapacidad se debe esperar que desempeñen su papel en la sociedad y cumplan sus obligaciones como adultos. La imagen de las personas con discapacidad depende de actitudes sociales basadas en factores diferentes, que pueden constituir la mayor barrera a la participación y a la igualdad. Solemos ver la discapacidad por el bastón, las muletas, las ayudas auditivas y las sillas de ruedas, pero no a la persona. Es necesario centrarse sobre las capacidades de las personas con alguna discapacidad y no en sus limitaciones, una adecuada labor de valoración en capacitación y empleo.

Muchas personas con discapacidad pueden realizar una amplia gama de tareas en las zonas rurales, cuando la economía familiar se basa en la agricultura o en otra actividad propia del medio, se pueden encomendar tareas útiles a casi todas las personas con discapacidad, al igual que en la zona urbana, generar mayor motivación para las empresas en la vinculación de personas con discapacidad, lo cual refiere beneficios, de acuerdo a lo definido por la Ley 361 de 1997.

Apoyar y acompañar a las comunidades desde la vigilancia en salud pública comunitaria para llevar a cabo procesos constructivos orientados

al mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones sociales.

Se presenta la necesidad de ampliación de los recursos destinados a la salud, así como mejorar la cobertura del sistema subsidiado, además de fortalecer los servicios especializados para esta población.

La meta a largo plazo es crear una sociedad proyectada y construida de acuerdo con las auténticas necesidades de toda la población.

Conclusiones

Colombia vive hoy la mayor crisis del sector salud ocasionada por un irregular flujo de recursos en el marco del Sistema General de seguridad social, la mayoría de entidades de salud no están recibiendo el pago oportuno por la prestación de los servicios lo que conlleva a la crisis económica que se está viviendo, afectando todos los usuarios.

La buenas o malas políticas de administración en el tema de la salud, no son más que la muestra de que la sociedad esté o no satisfecha por la forma en cómo se aborda y en ocasiones se da prioridad no al más enfermo, sino al que tiene la condición financiera que le permita acceder a servicios de salud de forma más rápida y efectiva. De allí que el acceder a servicios de salud, este sustentado en muchas ocasiones no solo en la oportunidad, sino en la posibilidad.

El desarrollo del país ha permitido que se generen diversas formas de abordar este tema y en donde uno de los resultados que se busca es la sostenibilidad, en donde la demanda de servicios, siempre será el motor que impulse o le dé pausa para definir o marcar una tendencia en el mercado de la salud y en donde cada vez más se buscan estrategias para frenar la demanda y motivar el desarrollo de nuevas tecnologías que permitan ser más oportunos y eficaces en los procesos e intervenciones médicas.

Las personas en situación de discapacidad y sus familias padecen en el actual sistema, muchas más dificultades para el acceso a todos los niveles de atención, con restricciones que les impiden movilizarse libremente en el entorno, hacer uso de todos los servicios requeridos y disponer de todos los recursos que garanticen su seguridad, movilidad y comunicación.

Esta revisión de las barreras de acceso, fundamenta conceptos que en ocasiones son coherentes y en otras situaciones riñen, por los diferentes puntos de vista y escenarios en los cuales se puedan presentar o exponer.

La salud, la economía, la política, las formas de administración, el deber, la sostenibilidad, la oferta y la demanda, el equilibrio, la institucionalidad, el deber, la universalidad, la crisis, las coberturas, la calidad, el negocio, la regulación, el abuso, los excesos, lo que asumo y lo que asumen otros, la solidaridad, la prevención, lo reactivo, lo público y lo privado, lo que puedo y lo que me toca, lo debido y lo permitido, las nuevas tecnologías, el acceso a las mismas, lo que se quiere y lo que está regulado, el deber técnico y científico, lo jurídico, el médico, el paciente, la ética y la moral, los sistemas entre otros; son conceptos que se abordan y se envuelve en diversos escenarios y contextos, en donde, de acuerdo a su forma de verlos no hay una única forma de interpretarlos y desarrollarlos y en donde lo que se buscan con la descripción de los conceptos antes mencionados, es una respuesta de un sistema, el cual sea cada vez más equitativo y equilibrado para todas las partes, que independientemente de los intereses que se tenga, permita además de dar una cobertura, busque la “satisfacción” de las partes y en donde no se juzgue por una u otra razón, sino que uno de los resultados que se refleje, sea el de tener sociedades “sanas”, que trabajen de forma preventiva y que actúen éticamente.

Podríamos decir entonces que hoy la accesibilidad está en una situación crítica, una cosa es decir que hay cobertura por el

aseguramiento público en el régimen subsidiado o del aseguramiento contributivo y otra cosa es ver las dificultades en la accesibilidad a la atención, pues las personas con discapacidad se enfrentan cotidianamente con otro problema de acceso debido a múltiples factores que se presentan día a día en nuestro entorno.

La sentencia T-760 de 2008 que unifica el plan obligatorio de salud ordena de alguna manera al ejecutivo trazar una política programática para garantizar el derecho a la salud de los colombianos, es una sentencia que hoy podemos decir que no se ha podido ejecutar plenamente por las dificultades y aún más la población que se encuentra ubicada en zonas remotas se evidencia que el acceso a la salud se ve limitado producto del poco desarrollo que tiene el país en estas zonas y que factores como la violencia hacen que se vulneren sus derechos.

Lo importante de identificar estas barreras es que permite a los tomadores de decisiones identificar dónde se encuentran los principales limitantes al acceso y de esta manera establecer los correctivos necesarios para garantizar que un importante objetivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud como es la garantía de la utilización de servicios cuando esta es necesaria, se cumpla y a los ciudadanos para ejercer las acciones legales correspondiente para que dicha garantía de derechos sea efectiva pesar de que se debe mantener la estrategia de aseguramiento universal como mecanismo para garantizar el acceso, se deben implementar acciones correctivas que permitan disminuir las barreras desde la oferta y la demanda, que permitan al final garantizar una atención integral en salud, con altos estándares de calidad.

Apoyar, acompañar y educar a las comunidades desde el Sub-proceso de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria para llevar a cabo procesos constructivos y participativos orientados al mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones sociales de los las personas con discapacidad

Así las cosas, se evidencia la necesidad de aumentar los recursos destinados a la salud, mejorar la cobertura del sistema de salud, garantizando calidad y prestación oportuna de todos los servicios en igualdad de condiciones, garantizando el acceso al entorno físico, al transporte, a la información y a las comunicaciones, entre otros.

Trabajamos de forma reactiva y poco preventiva (la cultura preventiva no trabaja sobre el sistema, el sistema trabaja sobre la cultura reactiva).

Referencias

- Agudelo, L. H. L., & Seijas, V. (2012). La discapacidad en Colombia: una mirada global. En: Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación, Vol. 22, No. 2, p. 164-179. Bogotá: Asociación colombiana de medicina física y rehabilitación. Recuperado de: <http://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/64>
- Arrazola, F. J, et. al. (2014). La atención sanitaria a las personas con discapacidad. En: Revista Española de Discapacidad, Vol. 2, número 1, p. 151-164. Madrid: Centro español de documentación sobre discapacidad. Recuperado de: <http://www.cedd.net/redis/index.php/redis/index>.
- Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Recuperado de: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf.
- Cruz, I., & Hernández, J. (2008). Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes. En: Revista Ciencias de la Salud, Vol. 6, No. 3, p. 23-35. Bogotá: Universidad del Rosario. Recuperado de: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/490>.
- Organización de Naciones Unidas. Asamblea General para las Naciones Unidas (2006) Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado a partir de: <http://www.un.org/spanish/disabilities/documents/gid/conventionfaq.pdf>
- República de Colombia. Presidencia de la República. (2012). Mujer y discapacidad en Colombia. P. (11) Recuperado a partir de: <http://www.equidadmujer.gov.co/oag/Documents/oag-boletin-14-mujer-y-discapacidad-en-colombia.pdf>
- República de Colombia, C. P. (1991). Constitución política de Colombia. Bogotá, Colombia: Leyer.
- República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C. 410, del veinte y cinco (25) de abril de dos mil uno (2001). Magistrado Ponente: Álvaro Tafur Galvis. Expediente: D-3185. Recuperado de: <http://corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/C-410-01.htm>
- República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C. 410, del veinte y cinco (25) de abril de dos mil uno (2001). Magistrado Ponente: Álvaro Tafur Galvis. Expediente: D-3185. Recuperado de: <http://corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/C-410-01.htm>
- República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T. 073, del trece (13) de febrero de dos mil trece (2013). Magistrado Ponente: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Expediente: T- 3.668.948. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-073-13.htm>
- República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T. 1030, del diez (10) de diciembre de dos mil diez (2010). Magistrado Ponente: Mauricio Gonzalez Cuervo. Expediente: T-2.763.585. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-1030-10.htm>

República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T. 1030, del diez (10) de diciembre de dos mil diez (2010). Magistrado Ponente: Mauricio González Cuervo. Expediente: T-2.763.585. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-1030-10.htm>

República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T. 105, del veintiocho (28) de febrero de dos mil catorce (2014). Magistrado Ponente: Luis Ernesto Vargas Silva. Expedientes: T-4097397, T-4097424, T-4097465, T-4097805, T-4104337 y T-4110225. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2014/T-105-14.htm>

República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T. 105, del veintiocho (28) de febrero de dos mil catorce (2014). Magistrado Ponente: Luis Ernesto Vargas Silva. Expedientes: T-4097397, T-4097424, T-4097465, T-4097805, T-4104337 y T-4110225. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2014/T-105-14.htm>

República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T. 188, del ocho (08) de abril de dos mil trece (2013). Magistrado Ponente: Mauricio González Cuervo. Expediente: T-3.702.429. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-188-13.htm>

República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T. 188, del ocho (08) de abril de dos mil trece (2013). Magistrado Ponente: Mauricio Gonzalez Cuervo. Expediente: T-3.702.429. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-188-13.htm>

República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T. 233, del treinta y uno (31) de marzo de dos mil once (2011). Magistrado Ponente: Juan Carlos Henao Perez. Expedientes: T-2876514, T-2877760, T-2879284, T-2882655 y T-2885909. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-233-11.htm>

República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T. 233, del treinta y uno (31) de marzo de dos mil once (2011). Magistrado Ponente: Juan Carlos Henao Pérez. Expedientes: T-2876514, T-2877760, T-2879284, T-2882655 y T-2885909. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-233-11.htm>

República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T. 533, del siete (07) de julio de dos mil once (2011). Magistrado Ponente: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Expediente: T- 2.980.403. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-553-11.htm>

República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T. 533, del siete (07) de julio de dos mil once (2011). Magistrado Ponente: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Expediente: T- 2.980.403. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-553-11.htm>

Vásquez, A. Discapacidad en América Latina. Recuperado a partir de: <http://www1.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad>. (septiembre de 2016).

Forma de citar: Vélez, N., González, C., Velásquez, A. (2016). Revisión de las barreras de acceso a los servicios de salud de la población con discapacidad en Colombia entre los años 2005 a 2015. *Rev. CES Derecho*, 7(2), 72-83.