

## UN VISTAZO AL VAUPÉS DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

*Eusse Caro Luis Eduardo\**

### RESUMEN

**Introducción:** El Vaupés es un departamento selvático, predominantemente indígena, en el cual más del 90% de su población es de escasos ingresos económicos, que habitan zonas dispersas y de difícil acceso, sin vías terrestres internas, y dificultades en la navegación por tramos no navegables y áreas de bajo caudal, lo que obstaculiza el acceso geográfico y económico a la prestación de los servicios de salud. El modelo actual de atención en salud del departamento no tiene en cuenta las condiciones geográficas, políticas, culturales y sociales de este y de su población. Este estudio presenta un análisis de la situación del actual modelo de atención en salud desde la perspectiva de diferentes actores departamentales (comunidad, tomadores de decisiones, empleados, aseguradores, prestadores, entre otros), con el fin de tener insumos clave para la futura formulación de un modelo acorde a las necesidades territoriales.**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio cualitativo a través de dos grupos focales y cinco entrevistas semiestructuradas con diferentes actores del departamento del Vaupés, analizando cuatro categorías básicas: a) percepción frente al modelo de salud actual en el departamento; b) Condiciones del modelo actual; c) comunicación entre población indígena y los servicios de salud; y d) recomendaciones para mejorar el modelo actual.**Resultados:** Los resultados mostraron, que para los actores en salud del departamento del Vaupés el modelo actual no cumple con las necesidades del departamento teniendo en cuenta las particularidades de este como su geografía, vías de acceso, población indígena dispersa, reflejándose esto en la prestación precaria y deficiente de los servicios de salud.**Conclusiones:**La prestación del servicio de una manera eficiente y oportuna se puede lograr a través de un trabajo

---

\*Odontólogo, Especialista en Gerencia de Servicios en Salud. Hospital San Antonio de Mitú. Mitú, Colombia. Correo electrónico: [leusse@gmail.com](mailto:leusse@gmail.com). [orcid.org/0000-0002-2339-0297](https://orcid.org/0000-0002-2339-0297)

que integre todos los actores involucrados. Un aspecto importante es el fortalecimiento financiero del Hospital San Antonio de Mitú, Empresa Social del Estado (ESE), el cual aunque cuenta con equilibrio financiero necesita un apoyo para ampliar su cobertura en la prestación de los servicios de salud.

### **Palabras clave**

Servicios de salud, salud rural, promoción de la salud, prestación de atención de Salud, comunicación (Fuente: DeCS)

### **ABSTRACT**

**Background:** The Vaupés is a Selvatic State, predominantly indigenous, in which more than 90% of its population is of low economic income, which inhabit dispersed areas and difficult to access, without internal land routes and difficulties in navigation by sections not navigable and areas with low-flow, which hinders geographical and economic access to the provision of health services. The current health care model of the State not take into account the geographical, political, cultural and social conditions of the state and its population. This study presents an analysis of the situation of the current health care model from the perspective of different actors (community, decision makers, employees, insurers, providers, among others), in order to have key inputs for the future formulation of a model according to the territorial needs.**Materials and Methods:** A qualitative study was conducted through two focus groups and five semi-structured interviews with different actors from the State of Vaupés, analyzing four basic categories: a) perception in front of the current health model in the State; b) Conditions of the current model; c) communication between the indigenous population and health services; and d) recommendations to improve the current model.**Results:** The results showed how for the health actors of the State of Vaupés the current model does not meet the needs of the State taking into account the particularities of this as its geography, access roads,

dispersed indigenous population, reflecting this in the provision precarious and deficient health services.**Conclusion:** The provision of the service in an efficient and timely manner can be achieved through a work that integrates all the actors involved. An important aspect is the financial strengthening of the San Antonio de Mitú Hospital, State Social Enterprise (ESE by its initials in Spanish), which, although it has a financial balance, needs support to expand its coverage in the provision of health services.

### **Key words**

Health services,rural health services,health promotion, delivery of health care, communication.(Source: MeSH)

### **Resumo**

**Introducción:** O estado do Vaupés em Colombia é uma região selvática, predominantemente indígena, em que mais de 90% de sua população é de baixa renda econômica, que habitam áreas dispersas e de difícil acesso, sem rotas terrestres internas e dificuldades de trânsito por trajetos não navegáveis e áreas de baixo fluxo, o que dificulta o acesso geográfico e econômico à prestação de serviços de saúde. O atual modelo de cuidados de saúde do estado não leva em conta as condições geográficas, políticas, culturais e sociais do estado e sua população. Este estudo apresenta uma análise da situação do modelo atual de cuidados de saúde a partir da perspectiva de diferentes atores estaduais (comunidade, tomadores de decisão, funcionários, seguradoras, provedores, entre outros), para ter ferramentas-chaves para a futura formulação de um modelo de acordo com as necessidades territoriais.**Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo qualitativo através de dois grupos focais e cinco entrevistas semi-estruturadas com diferentes atores do estado do Vaupés, analisando quatro categorias básicas: a) percepção versus modelo de saúde atual no estado; b) condições do modelo atual; c) comunicação entre a população indígena e os serviços de saúde; e d) recomendações para

melhorar o modelo atual. **Resultados:** Os resultados mostraram que para os atores de saúde do estado do Vaupés o modelo atual não atende às necessidades do estado, levando em consideração as particularidades do território, como sua geografia, rotas de acesso e população indígena dispersa, que se reflete em uma provisão precária e deficiente dos serviços de saúde. **Conclusões:** A prestação do serviço de uma forma eficiente e atempada pode ser alcançada através de um trabalho que integre todos os atores envolvidos. Um aspecto importante é o fortalecimento financeiro do Hospital San Antonio de Mitú, Empresa Social do Governo Colombiano (ESE), que apesar de ter um equilíbrio financeiro, precisa de apoio para expandir sua cobertura na prestação de serviços de saúde.

### **Palavras Chave**

Serviços de Saúde, Saúde da População Rural, Promoção da Saúde, Assistência à Saúde, Comunicação (Fonte: DeCS).

### **INTRODUCCIÓN**

Algunos países en desarrollo como Cuba, México, Brasil, Chile, Centro América, Venezuela, Bolivia, y Perú, vienen implementando hace más de 30 años modelos de salud fundamentados en la familia y la comunidad, basados en Atención Primaria, con el fin de mejorar el acceso a los servicios de la salud y ampliar su cobertura; a pesar de los esfuerzos y el avance de algunos países, la cobertura no está dentro de las metas planteadas y persisten deficiencias en la prestación del servicio, haciendo el modelo poco viable en términos de satisfacción<sup>12</sup>.

En Colombia como en muchos países en desarrollo la prestación del servicio de salud ha sido precaria, reflejada en la dificultad para asegurar la sostenibilidad financiera y brindar acceso y cobertura. Antes de la ley 100 de 1993 la salud estaba centralizada, con un único prestador para cada uno de los sectores público o privado, destinado a afiliar a los funcionarios y trabajadores del

mercado laboral, y así garantizar la prestación de servicios de salud con calidad y oportunidad. La formulación de la Ley 100 de 1993 transformó el sistema de salud por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que pretendió ampliar la cobertura asegurando a la población en uno de los dos regímenes, contributivo donde el usuario paga el servicio que usa con base en una contribución que aporta de acuerdo a su ingreso, y subsidiado donde los pagos son asumidos por el Estado por medio del Sistema Nacional de Participaciones establecido en la ley de participación de los entes territoriales en los ingresos fiscales de la nación<sup>3</sup>.

Desde el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 (PND 2014-2018) nace la Política de Atención Integral en Salud (PAÍS) para dar una respuesta normativa, ordinaria y operativa a los planteamientos de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 que consagra la salud como un derecho fundamental<sup>45</sup>. La política cuenta con un marco estratégico y un marco operativo (MIAS). El marco estratégico propone integrar la entidad territorial, las EPS e IPS, y el centro del sistema va a ser el individuo, su familia y comunidad, quienes deben acceder a las estrategias de diferenciación (zona rural, dispersa y urbana), atención primaria con un enfoque de salud familiar, gestión integral del riesgo, y autocuidado<sup>6</sup>. El marco operativo (MIAS) es la forma como se debe operar el sistema de salud y los agentes que lo componen, siendo este un conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos<sup>6</sup>.

El país ha iniciado la implementación de dicho modelo con algunas pruebas piloto, dentro de las cuales se encuentra la del Departamento de Guainía, con un enfoque centrado en la diversidad étnica y cultural, y basado en la atención primaria, con énfasis en el componente familiar y comunitario, teniendo en cuenta la dispersión geográfica de su población. El modelo responde a los

contenidos previstos en el Plan Decenal de Salud Pública y en el Plan Territorial de Salud del departamento, con el propósito de mejorar los resultados en salud de los habitantes de la población<sup>7</sup>.

Este piloto del modelo MIAS en el Guainía se formuló para ser desarrollado en 5 años, como alternativa a la solución de los problemas en el sistema de salud, retomando la estrategia de la atención primaria en salud con enfoque familiar y comunitario, centrada en la gestión integral del riesgo en salud, la prestación de servicios de salud con equidad, centrada en las personas, con estándares de oportunidad, continuidad e integralidad. Sin embargo, aún es muy pronto para evaluar y analizar la experiencia de la ejecución del modelo a la luz de los indicadores de salud, que puedan aportar el conocimiento para tomar correctivos y mejorar el modelo, con el fin de ser tomado como experiencia de base para otros departamentos con condiciones similares, como el Vaupés.

En este sentido, desde mediados del año 2016 el gobierno central ha puesto su mirada en el Vaupés para implementar el Modelo de Atención en Salud (MIAS), sin embargo no ha podido efectuar en el departamento dicha implementación porque ha encontrado resistencia en la comunidad, fundamentalmente la población indígena, con la cual se hace necesaria una concertación; adicionalmente, se priorizó Guainía, debido a que tenía condiciones como intervención de la Superintendencia de Salud causada por la crisis del hospital Manuel Elkin Patarroyo, originada por la falta de pago de los salarios a los trabajadores, la escasez de insumos y medicamentos para prestar los servicios básicos, la falta de combustible para el traslado de los pacientes, la falta de alimentación para garantizarles a los pacientes las respectivas comidas, entre otros. Contrario a esto, en Vaupés se ha dado reconocimiento de la comunidad hacia el hospital, por su atención, servicio y organización.



El río Vaupés con sus afluentes garantizan las principales vías de comunicación entre las comunidades del Departamento, pero la presencia de tramos no navegables (cachiveras) limitan su navegabilidad. Esta situación junto con la falta de vías de comunicación terrestre colocan al departamento en condiciones de aislamiento que dificultan la conectividad con el resto del país y del resto del país con el Departamento. Cuenta con 47 pistas de aterrizajes, incluyendo las tres de las cabeceras municipales de las cuales 35 tienen permiso de operación por parte de la Aerocivil; la longitud de la mayoría de las pistas oscila entre 200 y 600 Mts., su mantenimiento es rudimentario y no cuentan con la infraestructura técnica adecuada, por lo que no se facilita la movilidad de la población dentro del Departamento, dificultando la oportunidad del servicio en salud e incrementando los costos en la prestación del servicio<sup>8</sup>.

Estas condiciones dificultan la prestación de los servicios de salud, con calidad y oportunidad, sumado a la mayoría de población indígena, que de por sí, requiere la consideración de elementos particulares para la atención de salud, con el fin de favorecer la demanda de los servicios y la adherencia a los tratamientos.

Se cuenta con el Hospital San Antonio de Mitú, una Empresa Social del Estado (ESE) desde diciembre de 1998 con categoría especial y la única IPS pública, descentralizada, del orden departamental, dotada de personería jurídica y autonomía administrativa (2004), de baja y mediana complejidad, que tiene a cargo toda la prestación del servicio de salud y constituye el centro de referencia y contrarreferencia del Departamento de Vaupés. Este se ha caracterizado por tener equilibrio presupuestal y financiero, y por su atención humanizada. Presta servicios de salud de segundo nivel a través de brigadas de especialistas cada 45 días por espacio mínimo de ocho días (Medicina Interna, Pediatría, Ortopedia, Otorrinolaringología, Cirugía General, Anestesiología, Urología, Oftalmología); presta el servicio de Ginecología de forma permanente, de manera presencial o a través de Telemedicina, que además incluye otros servicios de salud. Se cuenta

también con una IPS privada en Mitú, que amplía la oferta de servicios a la población del departamento.

Esta investigación tiene como objetivo analizar los problemas críticos que tiene la prestación actual del servicio de salud en el Departamento de Vaupés, identificando tanto los factores internos y externos que lo afectan, para así proponer posibles alternativas para el diseño e implementación futuros de un modelo de mayor eficiencia y eficacia en la prestación del servicio en territorios con condiciones especiales tanto sociales como geográficas, políticas y económicas propias del departamento de Vaupés.

Lo anterior, con el propósito de llamar la atención de los diferentes actores comprometidos en la prestación de los servicios de salud, para que con el compromiso y la voluntad política de sus gobernantes, se dé respuesta a las necesidades de salud y se implemente un modelo propio, dadas las condiciones socio-geo-políticas del mismo, que permita mejorar y alcanzar niveles de eficiencia en la prestación del servicio de salud en la zona rural del Departamento del Vaupés.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se desarrolló una metodología cualitativa, a través de técnicas de recolección de la información tales como entrevistas semiestructuradas y grupos focales, que buscaban obtener información relevante sobre las percepciones de los diferentes actores departamentales en relación a la prestación del servicio de salud en el Departamento de Vaupés, teniendo en cuenta sus problemas, causas y posibles soluciones. Estas técnicas de recolección de información cualitativa permiten conocer la percepción desarrollada por los actores sociales en procesos de interacción y de conversación, con el fin de abordar con enfoque sistémico la problemática planteada.

La recolección de la información tuvo lugar entre junio y septiembre de 2017 en la ciudad de Mitú.

Se conformaron dos grupos focales integrados uno con 9 y el otro con 8 participantes. El primer grupo estuvo compuesto por personal que visita las comunidades en la zona rural a través de las comisiones de grupos extramurales y el segundo se organizó con personal que trabaja en la ESE y no hace parte de los mencionados grupos extramurales.

Grupo Focal 1 (Grupo Extramural): (3) médicos rurales, (2) enfermeras rurales, (2) odontólogos, (1) enfermera de apoyo de salud pública, (1) enfermera líder de crecimiento y desarrollo.

Grupo Focal 2 (Empleados ESE): (1) enfermero líder de estadística, (1) enfermera líder en consulta externa y promoción y prevención (PyP), (1) enfermera líder de internación, (1) enfermera líder del servicio de urgencias, (1) contador líder de cartera, (1) auxiliar de enfermería del servicio de urgencias, (1) odontóloga y (1) higienista oral.

Se realizaron además 5 entrevistas a diferentes personalidades del departamento: Subdirector Científico del Hospital San Antonio de Mitú E.S.E, enfermero líder de salud pública del Hospital San Antonio de Mitú E.S.E, coordinador regional de Nueva EPS, un líder indígena, y la Secretaria de Salud Municipal de la capital del Departamento.

Tanto para las entrevistas como para los grupos focales se explicaron los objetivos y alcance del proyecto, siempre con garantías de voluntariedad, análisis de datos agrupados y no individuales para garantizar la confidencialidad de la información, se recibió el consentimiento verbal de los participantes. Así mismo, se solicitó autorización de los mismos para realizar la grabación en audio de cada sesión. En promedio, cada grupo focal tuvo una duración de 90 minutos, y las entrevistas, de 45 minutos. Los grupos focales contaron con un moderador y con un observador, para el levantamiento del diario de notas. Las sesiones fueron realizadas en las instalaciones de la ESE, y se realizaron en el transcurso de una semana.

Las categorías planteadas para el análisis de la información fueron: **1.** la percepción frente al modelo de salud actual en el departamento de Vaupés, **2.** condiciones del modelo actual de salud, **3.** comunicación entre la población indígena y los servicios de salud, y **4.** las recomendaciones para mejorar dicho modelo.

Las entrevistas al igual que los grupos focales fueron grabadas en audio, para luego realizar una transcripción textual que se complementó con el diario de notas. Para garantizar la calidad del dato las transcripciones se llevaron a cabo por personal capacitado, asegurándose de reflejar el lenguaje verbal y contextual de los datos. La información se trianguló mediante comparaciones de la información recogida entre las entrevistas y los grupos focales.

El análisis de contenido se centró en la transcripción de las respuestas verbales. Los pasos involucrados en el análisis de contenido fueron: **1.** La codificación abierta de las unidades, **2.** La descripción de las categorías emergentes y codificación de las mismas, **3.** La descripción de las relaciones e interconexiones entre categorías, **4.** La triangulación de información entre grupos focales y entrevistas, y finalmente **5.** La generación de conclusiones y recomendaciones.

## **RESULTADOS**

En general los resultados mostraron puntos de vista muy similares desde la diferente perspectiva de cada uno de los actores que hicieron parte de dicha investigación. Los resultados fueron agrupados en las categorías definidas así:

**Percepción frente al modelo de salud actual en el departamento de Vaupés:** tanto en las entrevistas como en los grupos focales los participantes coinciden que el sistema de salud implementado a partir de la ley 100 de 1993 no responde a las necesidades del Departamento, debido a la particularidad de este, ya que no cuenta con vías terrestres internas, los ríos en algunos tramos no son navegables por la presencia de rápidos también conocidos en la región como

cachiveras, los caños se secan en algunas épocas del año, las comunidades están dispersas y son de difícil acceso y la población es predominantemente indígena sin ingresos económicos, frente a otros departamentos que parecieran tener condiciones similares, pero que indiscutiblemente son diferentes.

Para ilustrar lo expresado se transcriben algunas intervenciones:

*“El modelo de salud me parece que no está aterrizado al territorio del Vaupés y si lo comparamos con las condiciones geográficas que hay afuera con los del Vaupés, la mayoría de la población acá es indígena y las condiciones son de difícil acceso”*(Tomado grupo focal grupo extramural)

*“Las condiciones climáticas tampoco ayudan y a la población solo se le garantiza el servicio una vez en el año, hay desplazamiento de otras comisiones pero estas no son de prestación del servicio de salud, sólo es el hospital que presta el servicios y no existe ninguna articulación en las actividades que se realizan, otras de las dificultades que se tiene en la prestación del servicio de salud, es el acceso a las comunidades indígenas, si nosotros vamos a las comunidades básicas nos damos cuenta que la red de hace 10 años está desactualizada, ya el número de habitantes no es el mismo, en algunos casos ha disminuido y en otros por el contrario han aumentado, ellos son una población muy flotante, la infraestructura está en pésimas condiciones”*(Tomado grupo focal grupo extramural)

En el grupo focal llevado a cabo con empleados de la E.S.E, se evidenció una preocupación desde el punto de vista financiero, estos consideran que el modelo actual está centrado en el subsidio a la demanda y no a la oferta, lo que ocasiona que se tenga una deficiente cobertura en el área rural, debido a los altos costos que le representa a la Empresa Social del Estado (ESE), responsable del servicio, el desplazamiento de los grupos extramurales, dados por el transporte aéreo combinado con transporte fluvial, combustible, medicamentos, personal de la salud; razón por la cual el modelo

no se ajusta a las necesidades del Departamento, ya que más del 90% de su población es indígena y se encuentra ubicada en la zona rural y en asentamientos dispersos.

*“El modelo de salud no es el que se debe considerar para éste territorio como lo dicen el resto de compañeros, porque está dado bajo un modelo nacional, que a partir de la ley 100 tuvo una connotación totalmente diferente porque dejó de ser subsidiado y empezó por parte de la IPS pública, que es la prestadora del servicio de salud del Vaupés, a facturar estos servicios y al mismo tiempo empezó a manejar las diferentes modalidades de contratación como los son la cápita y el evento, para obtener unos recursos y prestar los servicios a toda esta red, que por mandato de ésta ley tenemos que manejar un subsidio a la demanda y no a la oferta y lo que se debe hacer es retomar nuevamente esta nueva etapa del modelo para traer a colación el modelo MIAS”(Tomado grupo focal empleados ESE)*

*Siendo más concreto, donde se busca salir a ofertar el servicio, pero para ello hay que tener en cuenta las situaciones contractuales y presupuestales, porque para dar cumplimiento a la totalidad de la red que se plantea en el modelo de salud actual necesitamos demasiados recursos que como Hospital no estamos en la capacidad de hacerlo, porque el Hospital hace parte de la red y no es el que debe garantizar la totalidad de la red, para ello se necesita mucho apoyo de los sectores políticos y de las EPS, para ejecutar los recursos que están ingresando al Hospital para el subsidio a la oferta de los servicios a través de los grupos extramurales, dar cumplimiento al modelo y tener una red integral, tampoco están dando el apoyo necesario con el pago de los servicios prestados, lo que ha ocasionado un aumento elevado de la cartera, sin que el departamento apoye al Hospital. Además de esto existe una IPS privada sin gran cobertura, pero que ha impactado negativamente las finanzas del Hospital debido a que la mayor EPS ha contratado en el porcentaje que permite la ley. Por lo que la base fundamental es fortalecer el Hospital y el subsidio a la oferta en el nuevo*

*modelo de salud MIAS, para poder apuntar hacia prestar un servicio integral a toda la comunidad del Vaupés.” (Tomado grupo focal empleados ESE)*

*“Es tan ilógico este modelo acá, en el interior si los medicamentos no funcionan te remiten inmediatamente a un nivel de complejidad mayor, mientras que acá las IPS tienen que ir a las comunidades, aunque el modelo está dado para la demanda y no para la oferta, cuando la Nueva EPS paga una UPC que no alcanza, en un departamento que los costos están mucho más elevados es obvio que ellos no van a aportar más, ni van a establecer otra estrategia en un departamento que tiene una población del 90% indígena, ni siquiera lo hace la EPS Mallamas (que es para esta población indígena) , se tiene el modelo que es nacional, pero no está aterrizado al departamento” (Tomado entrevista)*

El Gobierno Nacional con apoyo de algunos políticos de la región han querido implementar el MIAS (modelo integral de atención en salud), sin embargo algunos líderes de las comunidades no lo han permitido, debido a que la ESE, tiene equilibrio presupuestal y financiero, presta los servicios de salud en forma satisfactoria, cuenta con brigadas de especialistas y con telemedicina, aunque reconocen que la prestación del servicio de salud en la zona rural es deficiente por el alto costo que implica para las finanzas del Hospital.

Para la gran mayoría de los entrevistados el problema no es el modelo como tal, sino la falta de financiación, comentan que cualquier modelo que se implemente en el Departamento, para que sea auto sostenible en el tiempo debe contar con los suficientes recursos que permitan la operación eficiente y oportuna de la prestación del servicio de salud, aunado a la implementación de una regulación de los costos de transporte aéreo y fluvial.

*“Si no demostramos como Departamento que hay otro modelo que puede funcionar, no demostramos los impactos en salud, pues nadie nos va a creer, si todas esas propuestas van a*

*quedar cortas, si nadie demostró si sí o no, por tanto nadie va a buscar o gestionar que a esa propuesta continúe y que se le busquen recursos que es una de las cosas más difíciles para el departamento, si nosotros no demostramos eso, vamos a estar cada año, cada periodo tratando un nuevo modelo, un nuevo modelo. De hecho tengo experiencia con el MIAS y no va a ser un modelo nuevo, no va a ser un modelo innovador, vamos a tratar de retomar el modelo que estaba antes, lo que a veces se tiene como oculto es que vamos a seguir funcionando con la misma plata, con los mismos recursos, no porque tengamos un modelo ahora nos van a financiar mucho más, vamos a seguir con el mismo sistema de participación, con lo mismo que reciben las EPS.” (Tomado entrevista)*

### **Condiciones del modelo actual**

Los entrevistados hablan no sólo de las limitaciones financieras sino de las barreras de acceso, dadas entre otras, por el factor climático, la dispersión de los asentamientos, además de la lengua de las distintas etnias, las creencias y valores. La cobertura en la prestación del servicio es deficiente, porque solo se recibe una vez en el año; las charlas que da el grupo extramural no son dinámicas, por lo que la población ha perdido interés; esto no invalida su trabajo, y por el contrario no se puede desconocer el trabajo realizado por los grupos extramurales. Un aspecto importante por destacar del grupo extramural ha sido la cobertura en vacunación que existe actualmente en la población infantil.

Por otra parte creen que falta continuidad de las acciones realizadas, tales como promoción y prevención, la prestación de servicios básicos en salud y la capacitación, las cuales son insuficientes; algunos entrevistados manifiestan que las capacitaciones que dictan tienen efectos muy positivos y que las comunidades se sienten satisfechas y esperan la llegada de la comisión de salud.

*“Una comisión va un mes y el resto de año queda descubierto, yo creo que la solución es darle continuidad a los procesos es la forma que el sistema puede generar más cambios en las comunidades indígenas, a parte de las urgencias que se presentan se debe dar continuidad, por ejemplo tenemos programas de P y P que son programas para prevenir, que es el punto clave para nosotros, para poder reducir muchas cosas como, enfermedades y cambios conductuales en las comunidades”(Tomado grupo focal grupo extramural)*

*“Para mí no es necesario que estén un médico y odontólogo permanentemente en la zona, una o dos enfermeras de acuerdo con el tamaño de la zona, la enfermera puede estar haciendo toda la parte de P y P, y estar con toda la parte de los grupos etarios, puede hacer control a gestantes, crecimiento y desarrollo aparte que hay continuidad, por ejemplo cuando se pesa un niño ya ha bajado de peso y queda en peso no adecuado para la edad, pero si está permanentemente una enfermera allá, controla el peso y cuando la comisión médica va, se agiliza el proceso y ya se sabe cuál es la situación en la zona”(Tomado grupo focal grupo extramural)*

Los participantes refieren que en el departamento de Vaupés se añora el modelo que se aplicaba antes de la Ley 100/1993, en donde la salud dependía del nivel central; en el departamento operaba un convenio Colombo-Holandés y los recursos para la salud fluían sin intermediarios, la zona rural contaba con algunos elementos que facilitaban la prestación del servicio de salud, especialmente para aquellas zonas apartadas, tales como: una infraestructura (rudimentaria), dotación básica, transporte (voladoras), auxiliares, promotores, radiofonía. La población tenía un papel determinante para influir en sus condiciones de vida, se organizaban e incorporaban para trabajar y mantener la población unida entorno al autocuidado y al mantenimiento de las condiciones para la prestación del servicio de salud. Hoy en día no se muestra ningún interés, la infraestructura de algunas zonas se ha deteriorado al punto que en algunas pareciera que no hubieran sido construidas; refieren que los demás elementos se perdieron; pese a que existen auxiliares en algunas zonas, perciben que los

promotores dejaron de ser útiles para el actual sistema de salud; instrumentos de apoyo como la radiofonía, se encuentran obsoletos y en algunos sitios no funcionan.

### **Comunicación entre la población indígena y servicios de salud**

Los profesionales de equipo extramural son quienes más cerca se encuentran de la población indígena por ser ellos quienes se desplazan a llevar los servicios de salud a esas poblaciones dispersas. Es así como estos basan su argumentación en las experiencias de campo, sienten más de cerca las creencias, los valores, la lengua, la organización de las comunidades, por eso los entienden y claman porque el modelo que se adopte permita que las comisiones interdisciplinarias sean de mayor tiempo de permanencia en la zona, con una frecuencia de visita de no menos dos veces en el año por comunidad y que se dispongan de un auxiliar permanentemente por zona, dotado de medicamentos.

*“Yo pienso que después de que la comisión médica sale de una zona, que pasa? Hay zonas grandes como Acaricuara, es una zona que tienen como doce comunidades, diría yo que esté un médico, un odontólogo, un auxiliar, por cierto tiempo, no que esté todo el año, porque en realidad es muy costoso, no se va a ir para allá y si se va tienen que pagarle ocho o nueve millones, pero yo veo que debería estar mucho más tiempo”* (Tomado grupo focal grupo extramural)

*“Capacitar a los auxiliares y dotarlos de medicamentos porque ellos hacen interconsulta porque cuando el auxiliar le comenta: doctora yo tengo un paciente que le duele la pierna, se cayó? Tiene edema? Tiene calor? No, no tiene nada, tienes acetaminofén? No. Entonces una hace la remisión y cuando el paciente llega, ya no le duele la pierna y no tiene nada; entonces los auxiliares exageran, para salir del paso de ese paciente y enviarlo para acá, pero en realidad no es urgencia que amerite una remisión, por lo que se debe capacitar al auxiliar de la zona para que sepa cuál es una urgencia vital y cuáles son las urgencias que ameritan la remisión y como tratar un dolor de*

*cabeza, un dolor de pie; porque los cuadros clínicos que más se ven en las comunidades son el lumbago, el paciente que le duele la cabeza porque la señora ha estado todo el día al sol en la chagra, porque le duele el brazo, las articulaciones. La acción inmediata es capacitar al auxiliar y dotarlo de medicamentos, porque a veces no tienen nada ni un acetaminofén, y eso es triste.”*

(Tomado grupo focal grupo extramural)

Sin embargo es claro que dicha demanda no tiene viabilidad teniendo en cuenta que la normatividad dispone que sea el médico quien debe formular medicamentos, entendiendo que si se presenta alguna reacción adversa a estos, el auxiliar no cuenta con la capacidad resolutoria para solucionar el evento.

Por otra parte se escucharon experiencias con la medicina tradicional, que no encuentran explicación en la medicina occidental, algunos afirman que entre los payes (médico tradicional de mucha autoridad poseedor de los saberes más profundos de la cultura), les corresponde la protección de las costumbres y tradiciones entre los roles definidos al interior de las comunidades, entre ellos, unos son denominados sopladores, otros trabajan con el agua, y otros con las plantas.

Este mismo equipo extramural da cuenta de las barreras de acceso que en muchas ocasiones están dadas desde la parte cultural por la lengua, creencias y valores de las distintas etnias que allí habitan.

### **Recomendaciones para mejorar el modelo actual de salud**

En su mayoría los participantes coinciden que se debe aplicar un modelo integral, pero no definen en que consiste la integralidad, sino que debe ser específico para el departamento, porque el modelo vigente es a nivel nacional y no contempla las particularidades del departamento como barreras de acceso geográfico, asentamiento de las comunidades en zonas dispersas, que dificultan y retrasan la oportunidad de la prestación del servicio de salud, así como la mayoría de población indígena de

diferentes etnias. Se insiste claramente en que el modelo para el departamento del Vaupés que se debería implementar es el que operaba antes de la ley 100 con algunas modificaciones, ya que con la ley 100 todas las personas pobres no aseguradas debían estar cubiertas por el régimen subsidiado (ley 60 de 1993 – ley 715 de 2001), lo que ocasionó que el subsidio a la oferta se transformara en el subsidio a la demanda.

Solicitan mayor capacitación tanto para el personal de salud como para las comunidades. La capacitación para el personal de salud debe estar relacionada con el conocimiento sobre la población indígena, ya que son personas profesionales que vienen de los diferentes departamentos del país, que desconocen las diferencias culturales (lengua, valores, creencias, etc.) y geográficas (difícil acceso, cachiveras, caños, insalubridad, largos tramos a pie); la capacitación a las comunidades debe estar orientada hacia las recomendaciones para mejorar la salud, dando al líder de la comunidad la responsabilidad de propender por su cumplimiento.

Finalmente existe una recomendación por parte de los participantes para lograr una mejor prestación del servicio de salud en la zona rural, y tiene que ver con la realización de la acción intersectorial encaminada a fortalecer la salud, evitando el protagonismo y comprometiéndose más con la población, teniendo en cuenta el asistencialismo a que estaban acostumbradas las comunidades indígenas antes de la Ley 100/1993. Ellos creen que este ha sido el detonante para el desmoronamiento de muchas comunidades, que hoy en día no tienen interés por trabajar por lo comunitario, sino que prima el individualismo.

## **DISCUSIÓN**

La salud en Colombia se debe observar bajo dos ópticas, el antes y el después de la Ley 100 de 1993<sup>3</sup>. Antes de la Ley 100 existía el sistema nacional de salud con conceptos e ideología apoyados en la ley del seguro obligatorio, emitida en Alemania por el Canciller Otto Von Bismarck en 1883,

que operaba en los departamentos a través de los servicios seccionales de salud quienes eran los encargados del manejo de los recursos del sector, y los servicios de salud se prestaban con base en la segmentación de la demanda a la población empleada, dependiendo del sector al que se encontraran vinculados. Con la expedición de la Ley 6ª de 1945<sup>10</sup> como un mecanismo de protección social para los empleados y obreros al servicio de la administración pública (CAJANAL) y con la Ley 90 de 1946<sup>11</sup> se creó el seguro social obligatorio para la población que trabajaba en empresas del sector privado (ISS), instituciones de salud asociadas al empleador, lo que les garantizaba el acceso al servicio, en tanto los hospitales públicos aseguraban la salud a las personas de escasos recursos económicos y las personas restantes, con alguna solvencia económica, asistían a los consultorios privados y a las clínicas.

Los subsidios estatales al sistema de salud se entregaban al oferente del servicio, es decir, a los hospitales públicos y en algunos casos a las instituciones de seguridad social, tipo Instituto de Seguros Sociales. El resultado era un servicio de baja cobertura y con grandes diferenciales de calidad. Con el correr del tiempo la Caja Nacional de Previsión sólo atendía una parte de entidades del gobierno nacional, porque algunas empresas públicas fuertes financieramente, organizaron su propio prestador de salud a imagen y semejanza de CAJANAL, entre las que se encuentran: el sector de telecomunicaciones (CAPRECOM), el Congreso de la República, la Universidad Nacional, ECOPETROL, las Fuerzas Armadas, la Policía, y la Superintendencia de Notariado y Registro.

Con la expedición de la Ley 10 de 1990<sup>12</sup> se adopta un nuevo modelo de reorganización de la salud basado en los derechos fundamentales y la participación comunitaria. Se da paso a la descentralización de la salud, donde el nivel 1 es de responsabilidad de los municipios, los 2 y 3 de los Departamentos, Intendencias, Comisarias y Distritos. La ley 10 apunta a solucionar los

problemas en salud como la financiación del sector, administración y control de la gestión y por último cobertura y calidad.

La entrada de la Ley 100/1993 transforma el sistema de salud por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que pretendió ampliar la cobertura paulatinamente de manera que con el transcurrir del tiempo toda la población debía estar en uno de los dos regímenes: contributivo, donde el usuario paga el servicio que usa con base en una contribución que aporta de acuerdo con el ingreso que recibe, independiente si el ingreso proviene de trabajo formal, de formas de vinculación laboral flexibles como las órdenes de trabajo, de ingreso de capital o incluso, de trabajo informal, que se refleja en aportes mensuales según ingresos percibidos y copagos por servicios prestados; o subsidiado, donde se subsidia el valor del servicio prestado y se dirige a los sectores de mayor pobreza y vulnerabilidad, donde los pagos son asumidos por el Estado por medio del Sistema Nacional de Participaciones establecido en la ley de participación de los entes territoriales en los ingresos fiscales de la nación, pasando en el régimen subsidiado, del subsidio a la oferta, (a la institución prestadora del servicio) al subsidio de la demanda (al usuario del servicio).

El cambio originado con la ley 100, en el caso del departamento del Vaupés, tuvo un impacto fuerte y negativo para las comunidades de dicho departamento, puesto que debido a la estructura de la población donde más del 90% es indígena, vive en zona rural con dificultades en el acceso, y cuenta con algunas poblaciones de carácter nómada, haciendo compleja la identificación de las demandas de salud de dicha población, lo que dificulta una adecuada prestación del servicio de salud<sup>13</sup>. Cabe destacar que en los últimos años de la mano del derecho constitucional e internacional, se han ido consolidando normas nacionales, en especial en zonas habitadas por pueblos indígenas, reconociendo sus derechos para mejorar su calidad de vida y en especial, proporcionar acceso al servicio de salud de manera intercultural y efectiva<sup>1415</sup>.

Los cambios del modelo de salud que establecía la ley 100 de 1993, implementados tardíamente (2004) en el recientemente creado departamento del Vaupés (1991), no fueron percibidos por la población en sus inicios, debido a la existencia de recursos provenientes de la cooperación internacional, específicamente de un convenio con la cooperación Holandesa, que permitía la inyección de recursos económicos provenientes principalmente del convenio Colombo-Holandés, esto hacía que el modelo de salud que se encontraba funcionando cumpliera con las expectativas requeridas por la población Vaupense.

Con la ley 100 de 1993<sup>3</sup> y la ley 715 de 2001<sup>16</sup> los hospitales se transformaron en empresas sociales del estado, haciendo que los recursos no llegasen directamente a las ESEs sino a través de la entidades territoriales y de las empresas administradoras de planes de beneficio, que para algunos, fue un desvío innecesario de los recursos de la salud. Las Empresas Promotoras de Salud (EPSs) sólo pagan al hospital el 37% de la UPC porcentaje que debería ser mayor, sin embargo no se ha logrado un aumento, aun cuando se ha demostrado que financieramente con este porcentaje no se alcanza a cubrir los costos en que incurre el hospital.

Martínez y col evaluaron el impacto de la transformación del Sistema Nacional de Salud en Sistema de Seguridad Social en Salud, sobre la equidad en el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud, en hospitales de nivel 1, 2 y 3, evidenciando numerosas diferencias no justificadas en la necesidad, la consulta, el sitio al que se acude, el motivo para no consultar, la atención recibida y la utilización de servicios. Estos problemas de equidad remiten al diseño, la estructura y la operación del modelo de competencia regulada<sup>1718</sup>.

Para construir el modelo propio para el departamento se debe contar con la presencia del Hospital, que es el principal referente de la problemática de salud del departamento, cuenta con datos de estadísticas vitales, conoce las zonas, las comunidades y las limitaciones, cuenta con el dato

financiero del valor del costo de la prestación del servicio, además de conocer las ventajas y desventajas del modelo actual.

Esto explica el porqué de las exigencias de estos pueblos, muchas veces olvidados por el gobierno de turno. El Vaupés conformaba los antiguos Territorios Nacionales, junto con Arauca, Casanare, Putumayo, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Amazonas, Guainía y Vichada, que eran entidades territoriales sin autonomía alguna dependientes directamente del gobierno nacional que las administraba por medio de un departamento administrativo dependiente de la Presidencia de la República<sup>19</sup>. Tales territorios nacionales fueron transformados en entidades territoriales autónomas, es decir en Departamentos, por decisión de la Asamblea Constituyente que expidió la Constitución de 1991<sup>202122</sup>.

Son precisamente esas condiciones particulares y diferenciales de estas regiones que cuentan con una menor densidad poblacional; en donde existe un número importante de pueblos y comunidades indígenas, que además son vulnerables debido a condiciones de vida precarias, con acceso restringido a servicios de salud, educación, agua potable, saneamiento, vivienda digna y trabajo, productode las brechas de inequidad que persisten actualmente en el territorio Colombiano, las que hacen necesarias un modelo de salud en el que se plantee unamejora en el acceso y la calidad de los servicios de salud con un enfoque territorial, diferencial y cultural.

La información recogida permitió contextualizar la problemática actual en la prestación de los servicios de salud, las causas que la originaron y los cambios que acrecentaron dicha problemática, tales como: la de pasar de un modelo asistencialista al autofinanciamiento de los hospitales, el desmoronamiento de la cohesión de los integrantes de las comunidades, la falta de coordinación interinstitucional e intersectorial, la falta de líderes en la comunidad que mantuvieran las

tradiciones y el empoderamiento por parte de los habitantes de la región, así como la falta de motivación y apropiación en relación a las actividades relacionadas con el cuidado de la salud.

Aun cuando la mayoría de los participantes coinciden en seguir viendo el modelo asistencialista como el ideal, donde el médico es el único referente, se debería pensar en reforzar las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PyP), así como también el enfoque familiar y comunitario de la atención primaria en salud, estrategias que se dificultan teniendo en cuenta las diferencias etno-culturales y la poca comunicación que existe entre la comunidad y el personal de salud institucional, desencadenando como consecuencia una baja aceptabilidad de las pocas estrategias de PyP que se adelantan en el territorio, siendo la vacunación en niños la de mayor éxito.

Otro aspecto importante identificado en la investigación fue el uso de la medicina tradicional mediante la cual se responde por el cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades de los pueblos indígenas. Esto hace necesaria la articulación entre la medicina tradicional con la medicina occidental, aunque en algunas comunidades se hayan perdido algunas tradiciones. Se debe analizar y determinar claramente en qué parte del procedimiento debe actuar la medicina tradicional y en qué parte deben confluir las dos. Así mismo la formación del talento humano y la conformación de los equipos de salud se deben hacer pensando en un enfoque intercultural.

La interculturalidad en salud es un concepto que debe estar presente en la planeación de un modelo de salud, este concepto se ha venido desarrollando como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural; pero también debido a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio<sup>23</sup>. El actual sistema de salud presenta múltiples problemas actuales vinculados a la interculturalidad como la identificación de los indígenas y la relación entre derechos

humanos e interculturalidad, esto también ha estado ligado a la complejidad en la adaptación a la medicina científica de los pueblos indígenas<sup>2425</sup>.

En Argentina la apelación a la interculturalidad se convirtió en el eje que justificó la puesta en marcha de los programas sanitarios dirigidos al colectivo indígena, el asunto de las diferencias culturales fue el foco de discusión entre agencias estatales, indígenas, profesionales de la salud y de las ciencias sociales. En este contexto el programa provincial de salud indígena hasta el momento, se focaliza en acercar la atención médica a las salas de salud comunitarias donde básicamente los promotores de salud se convierten en los traductores de las prescripciones biomédicas y son los que deben garantizar la continuidad de los tratamientos por parte de los pacientes<sup>26</sup>. Aquí los promotores indígenas juegan un papel importante ya que sobre ellos recae el peso de la adecuación del sistema público de salud. Mientras las actividades preventivas son reactivas pues se realizan ante el desenlace de los casos de enfermedad, la promoción de la salud se reduce a charlas informativas que dejan en manos de las propias familias indígenas las acciones conducentes a resolver las situaciones problemáticas<sup>26</sup>.

El modelo como modelo no es la alternativa de solución a la problemática que vive el sector salud del departamento, sin embargo si lo puede ser entre otros mecanismos, el contar con la voluntad política de los gobernantes para poner a funcionar articuladamente los sectores que impactan directamente la salud y mejorar el entorno de sus pobladores, el desembolso a tiempo de los recursos provenientes de diferentes fuentes (cuentas maestras, Plan de Intervenciones Colectivas – PIC-), el adecuado ejercicio de la función de vigilancia y control para que cumplan su rol, especialmente con las entidades administradoras de planes de beneficios, además del fortalecimiento administrativo y financiero de la ESE San Antonio de Mitú.

En Guatemala el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) propuso un Modelo de Atención Integral en Salud con el propósito de contribuir al acceso universal de la población a los servicios mediante la implementación de mecanismos para la orientación del ordenamiento territorial, la re-organización y desarrollo de la Red de Servicios, el fortalecimiento del Recurso Humano, y la Gestión y Financiamiento institucional. Dicho modelo identifica, como función indelegable del MSPAS, el ejercicio de la autoridad sanitaria nacional y el liderazgo sectorial en el territorio. En términos de rectoría el Modelo reconoce los componentes de direccionalidad y territorialidad. Reconoce además el liderazgo sectorial el cual debe crearse en un entorno para acciones basadas en la participación social, y actuaciones institucionales de regulación, vigilancia y cumplimiento de normativas sanitarias<sup>27</sup>.

Con la adopción de la política de atención integral en salud (PAÍS)<sup>6</sup>, se espera generar condiciones favorables para la salud mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales y la coordinación de las entidades territoriales (salud pública), de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) y de las instituciones prestadores de salud (IPS), amparada con la ley 100 de 1993<sup>2</sup>, comprendiendo las normas modificatorias, entre ellas la ley 1438 de 2011<sup>28</sup>, que fortalece la atención primaria en salud hasta la ley estatutaria 1751/2015<sup>5</sup>, que consagró la salud como un derecho fundamental. Sin embargo el problema de salud no es sólo normativo ni financiero, deben intervenir con acciones concretas, otros factores que influyen directamente sobre la salud, tales como el entorno en que viven las comunidades, en relación a la falta de agua potable, hacinamiento (por ejemplo en los ámbitos escolares), malas condiciones de uso de letrinas y desnutrición<sup>29</sup>.

Se plantea en desarrollo de la política de atención integral en salud (PAIS)<sup>6</sup>, el modelo de atención integral en salud (MIAS) como estrategia entre otras, de mejorar las acciones en salud pública, detectar tempranamente los problemas de salud y prevenirlos, dar mayor resolutiveidad en la

atención primaria con enfoque familiar y comunitario, mediante 10 componentes operacionales que buscan caracterizar a la población de acuerdo al curso de vida y los grupos de riesgo, definir a los integrantes del sector salud mediante la regulación de las rutas integrales en salud (RIAS), implementar la gestión del riesgo, organizar a la población de acuerdo a una delimitación territorial, definir la red integral de prestadores así como el rol del asegurador, establecer sistemas de información en salud centrados en el individuo, la familia y la comunidad, y asegurar el fortalecimiento del recurso humano, la investigación y el conocimiento<sup>6</sup>.

Si bien es positivo el pilotaje que el Ministerio de Salud ha implementado en el Guainía, sus resultados del todo no serán equiparables con Vaupés, debido a que si bien a simple vista parecen dos departamentos con condiciones similares (población indígena, con asentamientos dispersos, ríos y caños que se secan en una época del año, entre otros), existen grandes diferencias: el Departamento del Guainía cuenta con ríos y caños que son navegables todo el año, por lo que es llamado por sus moradores “Guainía tierra de muchas aguas”; su cercanía con Venezuela y Guaviare, facilitan el transporte (fluvial – terrestre) de los productos que necesitan por lo que lo han hecho próspero y desarrollado. El Vaupés no cuenta con ríos y caños, que sean todo el año navegables y el único medio de transporte con el resto del país y del resto del país con el departamento es la vía aérea, lo que encarece considerablemente los productos y por ende el costo de vida, entre otros<sup>8</sup>.

Modelos de salud con características similares al MIAS, se han venido desarrollando de manera similar en otros países; por ejemplo, en el Perú se implementó el modelo de atención integral en salud (MAIS)<sup>30</sup> desde el 2011 y aunque ha presentado algunos avances, aún no ha mostrado resultados de acuerdo con las expectativas planteadas, entre otras contar con un modelo nacional en el marco de la política de salud y no como una estrategia operativa, disponer de recursos adicionales a los presupuestados inicialmente. Este es un modelo de atención que aún está centrado en la

enfermedad, de baja capacidad resolutiva, es un modelo que no garantiza el derecho a la salud en el primer nivel de atención debido a que la población que no está afiliada al Seguro Integral de Salud –SIS debe pagar, lo que contradice el derecho a la salud propuesto en el modelo.



FUENTE: Marco Estratégico del Modelo MIAS –Minsalud

## CONCLUSIONES

Entre las principales conclusiones que se derivan de esta investigación tenemos:

Los recursos financieros siempre serán escasos para cubrir las necesidades de toda la población del departamento y sobretodo del sector salud, sin embargo también es cierto que falta mucha voluntad

política de las principales instituciones que conforman e intervienen en este sector, y solo se podrá mejorar la prestación del servicio de manera eficiente y oportuna logrando un trabajo que integre todos los actores involucrados, y se cumplan algunos postulados:

- ✓ Las EPSs paguen a tiempo el servicio prestado.
- ✓ Las instituciones de vigilancia y control, ejerzan su función.
- ✓ Las glosas sean las que verdaderamente son y no las causadas para demorar el pago.
- ✓ La contratación del PIC sea a más tardar en febrero y no casi al finalizar el año para poder ejecutar las actividades y evitar las glosas por incumplimiento de metas
- ✓ Que se exija el tiempo de entrega de la información teniendo en cuenta las características del departamento, las distancias que tiene que recorrer y el tiempo de permanencia en la zona que debe cumplir la comisión para ejecutar las actividades y llegar nuevamente a Mitú para entregar dicha información, debido a la falta de herramientas de comunicación en la zona (internet) que no permite el envío de información para que sea procesada a tiempo.
- ✓ Que una vez terminado el convenio PIC se liquide y pague.
- ✓ Transferir los recursos pro estampilla a tiempo y en el porcentaje que se encuentra ya definido, sea el porcentaje destinado a reforzar la compra de medicamentos para la zona rural.
- ✓ Que se destinen recursos de las cuentas maestras al hospital para apalancar la prestación del servicio de salud en la zona rural, permitido por la normatividad vigente, además de acuerdo a lo manifestado por los integrantes de los grupos focales, realizar algunas modificaciones.

Entre las modificaciones al modelo se podrían considerar los siguientes aspectos:

- a. Dotar y construir algunos centros o puestos de salud estratégicamente situados, que sirvieran de centros de operación, dotados con equipos biomédicos, medicamentos e insumos médicos, y radiofonía, que sirva a las comisiones para abastecerse y retroalimentarse con el hospital.

b. Continuar con los grupos conformados por médico, odontólogo y enfermera y los otros grupos conformados por enfermera e higienista, integrando actividades del PIC y POS, para contar con más presencia en la zona rural y tener una mayor cobertura.

c. Favorecer el sistema de incentivos, que el médico rural que se encuentra en las comunidades lejanas y apartadas, pueda contar con una bonificación y seguridad, como una manera de incentivar los desplazamientos para prestar el servicio de salud en zonas apartadas.

d. Regulación del transporte aéreo y fluvial, lo mismo que del combustible.

e. Articular la medicina tradicional con la occidental, definiendo procedimentalmente las acciones de cada uno y las que se conjugan, capacitando y formando a todo el personal que presta los servicios de salud para que entiendan, respeten y se apropien del cambio.

Finalmente el Gobierno Nacional debe fortalecer económicamente la única IPS pública del departamento del Vaupés, que tiene equilibrio financiero, pero para que pueda ampliar la cobertura y prestar con mayor frecuencia los servicios de salud en la zona rural, debe ser apoyado financieramente. Además tener en cuenta en la legislación que no todos los departamentos cuentan con las mismas condiciones geográficas políticas y socioculturales; tal como se evidenció con el departamento del Vaupés.

Entre las limitaciones de esta investigación tenemos la poca participación de usuarios y comunidad indígena, precisamente por el difícil acceso a las zonas, las distancias y los altos costos que representa su transporte. Sin embargo se contó con un representante de la comunidad indígena que intentó transmitir las percepciones de su comunidad en relación al actual modelo de salud.

A futuro, se recomienda contar con sistemas de participación social en un pilotaje del modelo especial para la prestación del servicio de salud, en donde confluya la percepción de los usuarios,

principalmente de las diferentes etnias indígenas, los conocimientos, creencias, experiencias, mitos, prácticas culturales y necesidades sentidas de éstas sobre la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 
- <sup>1</sup>Suarez Bustamante Miguel. Los modelos de reforma de salud familiar en América Latina. Enero Abril 2010.
- <sup>2</sup>Londoño Juan, Frenk Julio. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo Oficina del Economista Jefe Documento de Trabajo 353.
- <sup>3</sup>Congreso de la Republica de Colombia. Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral. Bogotá. Diciembre de 1993.
- <sup>4</sup>Congreso de la Republica de Colombia. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Bogotá. Junio de 2015.
- <sup>5</sup>Congreso de la Republica de Colombia. Ley estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá. Febrero de 2015.
- <sup>6</sup>Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D.C., Enero de 2016
- <sup>7</sup>Ministerio de Salud y de la Protección Social. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. Piloto de Implementación en los Departamentos con Poblaciones Dispersas Departamento de Guainía. Noviembre de 2015
- <sup>8</sup>Departamento del Vaupés. Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019, Un Compromiso de Todos.
- <sup>9</sup>ESE Hospital San Antonio de Mitú. Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero, 2015.
- <sup>10</sup>Congreso de la Republica de Colombia. Ley 6. Por la cual se dictan algunas disposiciones sobre convenciones de trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial de trabajo. Bogotá. Diciembre de 1945.
- <sup>11</sup>Congreso de la Republica de Colombia. Ley 90. Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales. Bogotá. Diciembre de 1946.
- <sup>12</sup>Congreso de la Republica de Colombia. Ley 10. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud. Bogotá. Enero de 1990.
- <sup>13</sup>Guillermo Alfonso Maldonado Sierra. Perspectivas y retos de la salud indígena en Colombia. Revista Nova et Vetera. ISSN: 2422-2216 / Volumen 2 - N° 17 Julio 2016.

---

<sup>14</sup>Juan Felipe Rosero González. El Derecho a la Salud de los Pueblos Indígenas en Colombia, Ecuador y Perú. Recuperado de [http://www.umariana.edu.co/ojs\\_editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/899](http://www.umariana.edu.co/ojs_editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/899). Consultado 13 de febrero de 2018.

<sup>15</sup> ACNUR, UNHCR. Situación Colombia INDÍGENAS. Recuperado de [http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/Situacion\\_Colombia\\_-\\_Pueblos\\_indigenas\\_2011](http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/Situacion_Colombia_-_Pueblos_indigenas_2011). Consultado 13 de febrero de 2018.

<sup>16</sup>Congreso de la Republica de Colombia. Ley 715. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Diciembre de 2001.

<sup>17</sup>Patricia Martínez , Luis a. Rodríguez , Carlos A. Agudelo C. Equidad en la Política de Reforma del Sistema de Salud. Rev. Salud Pública. 3 (1): 13 -39, 2001.

<sup>18</sup>Céspedes JE, Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales J, Uribe C, Castaño RA, Garzón E, Almeida C, Travassos C, Basto F, Angarita J. Efectos de la reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. Rev. salud pública. 2000. 2(2):145-164.

<sup>19</sup>Mitú: Ciudad amazónica; territorialidad indígena. Peña Márquez, Juan Carlos. 2011 Leticia: Universidad Nacional de Colombia. ISBN: 978- 958- 719- 829- 4.

<sup>20</sup>Políticas Públicas en salud para los pueblos Indígenas en Colombia con enfoque intercultural. Belkys Izquierdo Torres- Aty Selkuinduwa. Tesis para optar el título de Magister en Administración Pública

<sup>21</sup>Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo con enfoque diferencial de etnia e intercultural para las intervenciones en salud mental con énfasis en conducta suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas. Convenio cooperación técnica No. 310/13. 2014. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-salud-mental-indigena.pdf>. Consultado 13 de febrero de 2018.

<sup>22</sup>Congreso de la República de Colombia. (1991). Ley 21 de 1991 “por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989”. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37032>).

<sup>23</sup>Oswaldo Salaverry. Interculturalidad en salud, Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2010; 27(1): 80-93.

<sup>24</sup>Ensayo: Interculturalidad en salud y pueblos indígenas, algunos interrogantes. Adriana Patricia Lozano Daza, Enfermera y Maestra en Medicina Social Estudiante 7ª. Generación Doctorado en Desarrollo Rural, UAM Xochimilco-Ciudad de México, agosto de 2016

<sup>25</sup>La dimensión intercultural en salud. Experiencia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta, Argentina, Revista Isees, 11, julio-diciembre: 123-134.

<sup>26</sup>Mariana Lorenzett. Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina, Revista de Estudios Marítimos y Sociales REMS. Año 10/ No 11/ Julio 2017.

---

<sup>27</sup>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de Atención Integral en Salud. Recuperado de [http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518). Consultado 13 de febrero de 2018.

<sup>28</sup>República de Colombia, Ministerio de Salud y de la Protección Social. Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Enero 19 de 2011.

<sup>29</sup>Moreno Gómez Germán Alberto. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud -MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? Revista médica Risaralda vol.22 no.2 Pereira July/Dec. 2016.

<sup>30</sup>Feo O, Tobar K. Informe de evaluación "Modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la Salud" Perú. 2014.