

1-1-2018

Concepto, fortalezas y debilidades del derecho a la salud en niños, niñas y adolescentes a partir de la práctica profesional de un grupo de médicos pediatras de la sociedad colombiana pediatría regional Bogotá

Alba Katherin Clavijo Gutiérrez
Universidad de La Salle

Catalina Melo Bravo
Universidad de La Salle

Íngrid Rocío Toquica Campos
Universidad de La Salle

Wendy Johana Riaño Valderrama
Universidad de La Salle

Follow this and additional works at: https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social

Citación recomendada

Clavijo Gutiérrez, A. K., Melo Bravo, C., Toquica Campos, Í. R., & Riaño Valderrama, W. J. (2018). Concepto, fortalezas y debilidades del derecho a la salud en niños, niñas y adolescentes a partir de la práctica profesional de un grupo de médicos pediatras de la sociedad colombiana pediatría regional Bogotá. Retrieved from https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social/271

This Trabajo de grado - Pregrado is brought to you for free and open access by the Facultad de Ciencias Económicas y Sociales at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Trabajo Social by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

***CONCEPTO, FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL DERECHO A LA SALUD EN
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES A PARTIR DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL
DE UN GRUPO DE MÉDICOS PEDIATRAS DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA
PEDIATRÍA REGIONAL BOGOTÁ***

ALBA KATHERIN CLAVIJO GUITIERREZ

CATALINA MELO BRAVO

INGRID ROCIO TOQUICA CAMPOS

WENDY JOHANA RIAÑO VALDERRAMA

***UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL
DERECHOS HUMANOS
BOGOTÁ, D.C.***

***CONCEPTO, FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL DERECHO A LA SALUD EN
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES A PARTIR DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL
DE UN GRUPO DE MÉDICOS PEDIATRAS DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA
PEDIATRÍA REGIONAL BOGOTÁ***

ALBA KATHERIN CLAVIJO GUITIERREZ

CATALINA MELO BRAVO

INGRID ROCIO TOQUICA CAMPOS

WENDY JOHANA RIAÑO VALDERRAMA

Isabel Cristina Bedoya Calvo

Trabajadora Social – Magister en Salud Pública

Asesora

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

DERECHOS HUMANOS

BOGOTÁ, D.C.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco hoy a dios por ser mi guía y mi compañero fiel en este proceso, por darme la esperanza y sabiduría para seguir adelante, también agradezco enormemente a mis padres por ser mi bastón de apoyo y mi voz de aliento en los momentos más difíciles a lo largo de estos 5 años de mi carrera profesional, finalmente le doy las gracias a mis compañeras y mi asesora por esta oportunidad de aprendizaje y enseñanzas que nos deja la vida universitaria.

Katherin Clavijo Gutierrez

Me siento agradecida con la vida, por permitirme tener esta gratificante experiencia como estudiante universitaria, generando en mí, el ser una persona consiente de su realidad que puede aportar a grandes cambios. Ser universitaria me brindo conocimientos teóricos, personales, profesionales y espirituales, que me permitieron tener una visión diferente de mi vida y todo lo que me rodea. Agradezco a todos aquellos que hicieron parte de este proceso como mi familia, amigos, profesores y compañeros, por las enseñanzas y el amor brindado.

Ingrid Rocío Toquica Campos

En este ciclo de mi vida, agradezco primeramente a Dios por darme la oportunidad de alcanzar mis sueños y haber estudiado Trabajo social, a mi mamá Nora Valderrama por ser mi sustento incondicional en esta etapa de mi vida y porque sin ella no habría sido lo que soy ahora, a mi esposo Julian Sabogal, por siempre estar a mi lado y brindarme su amor y paciencia, a mi padre Héctor, mi hermana Sara y mi abuelita Helia por ser ese apoyo que siempre necesité, agradezco también a mis profesores compañeros y compañeras de tesis por ser parte de esta enseñanza que ha aportado a mi vida personal emocional y profesional

Wendy Johana Riaño Valderrama

Al culminar una nueva etapa de mi vida agradezco a Dios y a mi familia por su apoyo incondicional, lo cual me permitió cumplir una nueva meta, una experiencia que estuvo llena de conocimientos, amigos y buenos momentos.

Catalina Melo Bravo

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO.....	4
TABLA DE GRÁFICAS Y TABLAS	6
LISTADO DE SIGLAS.....	6
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	11
1.1 ANTECEDENTES	11
1.2 JUSTIFICACIÓN	22
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
1.3.1 Primera infancia de 0 a 5 años:.....	33
1.3.2 Infancia de 6 a 11 años	34
1.3.2 Adolescencia de 12 a 18 años:.....	34
1.4 OBJETIVOS.....	40
1.4.1 Objetivo general	40
1.4.2 Objetivos específicos	40
CAPITULO II	41
2. MARCOS REFERENCIALES	41
2.1 REFERENTE TEORICO.....	41
2.1.1 Derecho a la salud	41
2.1.2 Derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes	48
2.1.3 Garantía del derecho a la salud.....	51
2.1.4 Práctica profesional	52
2.2 MARCO LEGAL	55
2.2.1 Marco internacional	55
2.2.2 Marco Nacional	57
CAPITULO III.....	62
3 DISEÑO METODOLOGICO.....	62
3.1 Proceso Metodológico.....	62
3.2 Metodología de la investigación	64
3.3 Enfoque.....	65
3.4 Nivel	66
3.5 Método	66

3.6 Población	67
3.7 Criterios de selección.....	67
3.7.1 Criterios de exclusión	67
3.8 Técnicas e Instrumentos	68
3.8.1. Entrevista semiestructurada.....	68
3.9. Categorías y subcategorías de análisis	68
<i>CAPITULO IV</i>	<i>73</i>
4.1 Caracterización de la Población.....	73
4.2 descripción y análisis de resultados	77
4.2.1 Noción del derecho a la salud.....	81
4.2.2 Atención en salud	89
4.2.3 Garantía del derecho a salud	104
4.2.4 Practica profesional	115
<i>CAPITULO V</i>	<i>127</i>
5. CONCLUSIONES.....	127
6. RECOMENDACIONES	128
<i>Bibliografía.....</i>	<i>133</i>

TABLA DE GRÁFICAS Y TABLAS

GRAFICA N°1.....	64
GRAFICA N°2.....	65
GRAFICA N°3.....	65
GRAFICA N°4.....	66
GRAFICA N°5.....	67
GRAFICA N°6.....	68
GRAFICA PROCESO METODOLOGICO.....	62
TABLA DE CATEGORIZACION.....	63

LISTADO DE SIGLAS

SCP	Sociedad Colombiana de Pediatría
NNA	Niños, Niñas, Adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
EPS	Entidad Prestadora de Servicios
POS	Plan Obligatorio de Salud
ASIS	Análisis de Situación de Salud en Colombia
ONU	Organización de Naciones Unidas
IPS	Institución Prestadora de Servicios
CTS	Comités Técnicos Científicos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
MIPRES	Herramienta Tecnológica para la Prescripción de Medicamentos
MINSALUD	Ministerio de salud

RESUMEN

Esta investigación da cuenta de la noción del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes colombianos a partir del ejercicio profesional de un grupo de médicos pediatras pertenecientes a la Sociedad Colombiana de Pediatría regional Bogotá, reconociendo el derecho a la salud como un derecho humano fundamental que está relacionado directamente con la vida, el cual está atravesado por determinantes sociales, leyes y políticas establecidas en el sistema de salud actual. El método de investigación abordado fue cualitativo, retomando un enfoque fenomenológico y un nivel descriptivo que se desarrolló a través de la técnica entrevista semiestructurada; esta se aplicó a doce médicos pediatras, lo que permitió abordar una realidad social a partir de la percepción de la población seleccionada. Posterior a esto se establecieron cuatro categorías de análisis que fueron: noción del derecho a la salud, atención en salud, garantía del derecho a la salud y práctica profesional, dando como resultado las diferentes nociones del derecho a la salud de los NNA que se contemplan en la práctica profesional de los médicos pediatras, teniendo en cuenta aspectos como la atención, las barreras, las debilidades y fortalezas del sistema de salud en la que se rige actualmente.

Palabras claves: Noción del derecho a la salud, atención en salud, práctica profesional, derecho a la salud de los NNA, garantía del derecho a la salud.

ABSTRACT

This research gives an account of the right to health of Colombian children and adolescents from the professional practice of a group of pediatric doctors belonging to the Colombian Society of Pediatrics in Bogotá, recognizing the right to health as a right fundamental human being that is directly related to life, which is crossed by social determinants, laws and policies established in the current health system. The research method addressed was qualitative, taking a phenomenological approach and a descriptive level which was developed through the semi-structured interview technique; This was applied to twelve pediatric doctors, which allowed us to approach a social reality based on the perception of the selected population. After this, four categories of analysis were established: the right to health, health care, guarantee of the right to health and professional practice, resulting in the different notions of the right to health of children and adolescents contemplated in the professional practice of pediatricians taking into account aspects such as care, barriers, weaknesses and strengths of the health system in which it is currently governed.

Keywords: Notion of the right to health, health care, professional practice, right to health of children, guarantee of the right to health

INTRODUCCIÓN

“La salud es un problema muy serio para ponerlo sólo en manos de los médicos” Voltaire.

Para llevar a cabo esta investigación, fue necesario hacer un rastreo documental en el que se tuvieron en cuenta tres categorías principales como son: Derecho en Salud, Atención en Salud y Promoción en Salud. Mediante dicho rastreo se encontró que existe un vacío de conocimiento desde la parte documental frente al derecho a la salud de los NNA en la ciudad de Bogotá, es por ello que esta investigación da cuenta de cómo el derecho a la salud de los NNA es visto desde la práctica profesional de los médicos de la Sociedad Colombiana de Pediatría, Regional Bogotá. De este modo, esta investigación permite reconocer el derecho a la salud como un derecho humano fundamental que debe garantizar el acceso, la atención, y la prestación de servicios, como lo afirma la (OMS, 2009), Organización que define la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad”.

A partir del rastreo bibliográfico y de establecer antecedentes, se construyó un marco teórico basado en cuatro categorías que son: derecho a la salud, derecho a la salud de NNA, garantía del derecho a la salud y práctica profesional, con el fin de definir los aspectos más relevantes que se presentan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como son las barreras de acceso y los limitantes que afectan el derecho a la salud de los NNA.

De este modo, se logra establecer que este es un informe de investigación de índole cualitativo, el cual busca identificar y comprender la noción del derecho a la salud desde la experiencia de un grupo de médicos pediatras pertenecientes a la Sociedad Colombiana de Pediatría Regional Bogotá, generando consigo la identificación de las fortalezas y debilidades del sistema general de salud actual, por medio de la aplicación de entrevistas semiestructuradas a doce médicos pediatras.

Finalmente, el presente documento contiene hallazgos significativos donde se evidencia que existen diversas falencias dentro del sistema de salud en Colombia, que dificultan el acceso y la atención oportuna en los NNA, generando consigo la vulneración de este derecho, el cual debe ser garantizado por el Estado, la Sociedad y la Familia.

También es importante mencionar que en esta investigación se lograron identificar algunos aspectos relevantes como son: limitación de la autonomía médica, desarticulación total entre las EPS y las entidades prestadoras de salud, falta de rectoría del Estado, deficiencias en la organización, falta de empoderamiento y desconocimiento de las leyes por parte de los médicos y las familias.

CAPÍTULO I

1.1 ANTECEDENTES

La construcción de los antecedentes del presente informe de investigación se realizó a partir de la indagación en bases de datos científicas SCOPUS, JSTOR, EBSCO y SCIELO, a su vez se investigó en repositorios de universidades tales como Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Nacional de Colombia, Corporación Universitaria Republicana y Universidad de La Salle, en las cuales se tuvieron en cuenta trabajos de investigación de modalidad pregrado, maestría y artículos científicos en las áreas de Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Optometría y Salud Pública. Esta búsqueda se estableció en un periodo, del año 2010 al año 2016, bajo tres categorías: *derecho a la salud, atención en salud, y promoción de la salud*, con la intención de identificar producción teórica, conceptual y normativa sobre el derecho a la salud en niños, niñas y adolescentes (NNA)¹. Se analizaron en su totalidad 45 documentos de los cuales se seleccionaron dieciséis, trece a nivel nacional y tres a nivel internacional.

A continuación, se expone la primera categoría **Derecho a la salud** en la que se tuvieron en cuenta dos trabajos, el primero, una investigación de la Pontificia Universidad Javeriana que tiene por nombre “*El derecho a la salud de los y las jóvenes en Bogotá: un análisis sobre su materialización en la oferta pública de la ciudad*” por la autora Emily Yusmary Ruiz Varón (2012). La segunda investigación titulada “*la Importancia de la*

¹ Nota: En el documento se usará esta sigla (NNA) para hacer referenciar a niños, niñas y adolescentes.

salud pública dirigida a la niñez y la adolescencia en México” de los autores Ricardo Pérez y Onofre Muñoz (2014).

Para comprender el derecho a la salud, se consideró importante delimitar el concepto de salud, teniendo en cuenta que tiene múltiples visiones que han sido transformadas a través del tiempo desde diferentes contextos en los que se desenvuelven los sujetos. A partir de lo anterior, la OMS (2009) define la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad”. Por su parte Orozco (2011) retoma a Canguilhem (1982) quien establece que la salud más que un estado es un proceso continuo de equilibrio en relación a factores biológicos, medioambientales, socioculturales y simbólicos; que permiten potencializar los intereses del ser humano (pág. 23). Esto permite entender que la salud es un elemento primordial que garantiza el desarrollo de las capacidades desde su integralidad teniendo en cuenta las situaciones y condiciones del ser humano a lo largo de su vida.

Además de lo anterior, la OMS define el derecho a la salud como un aspecto multidimensional que consta de un conjunto de criterios sociales en los que se encuentra disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. Este derecho se liga estrechamente con otros derechos humanos que hacen referencia a aspectos importantes de la cotidianidad de las personas como lo es la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación.

El Derecho a la salud en niños, niñas y adolescentes (NNA), es considerado un derecho fundamental que busca brindar bienestar y calidad de vida, en aspectos físicos, sociales y psicológicos, aportando a la garantía y el goce del mismo en los NNA como sujetos de derechos.

A partir de lo mencionado anteriormente, Pérez (2014), resalta que la salud representa el grado en que los NNA de manera individual o colectiva son capaces o se les habilita para desarrollarse y realizar su potencial, satisfacer sus necesidades y ampliar sus capacidades para interactuar exitosamente con el ambiente biológico, físico y social (pág. 127), lo que permite entender que la salud de NNA, está relacionada directamente con diferentes determinantes sociales, que influyen en los procesos de desarrollo de esta población:

Esto significa que, la noción del estado de salud durante la niñez entendida como el periodo entre los 0 – 18 años de edad, es diferente de la condición de salud en edades adultas. Los niños debido a su desarrollo tienen una dinámica constante en su estado de salud y son expuestos de forma longitudinal a múltiples influencias de carácter biológico, ambiental, cultural y conductual, dichas influencias pueden convertirse en factores de riesgo o factores protectores y/o promotores de la salud (Hernandez R. P., 2014, pág. 127).

Sin embargo, Varón (2012), resaltó que el derecho a la salud desde una triple connotación: es vista como un derecho fundamental, por conexión con la vida. La segunda como derecho asistencial, basado en el acceso a servicios y, por último, como derecho de índole colectivo, por la importancia de salud pública, que involucra aspectos sociales. El autor señaló que, desde el ejercicio profesional, el derecho a la salud implica:

Generar las condiciones favorables para que el equipo encargado de prestar este servicio cuente con las herramientas y condiciones laborales necesarias para poner todo su esfuerzo y capacidad clínica y social en la atención a planes y programas, y que esas condiciones promuevan un incremento en la calidad del servicio.” (pag.37).

Retomando las concepciones de la categoría derecho a la salud se concluyó que el sistema de salud requiere mecanismos de atención especializados para los niños, niñas y adolescentes; que se diferencien de los otros grupos poblacionales, puesto que son prioridad

para el Estado, la sociedad y la familia porque requieren de mayor atención y cuidado. Es importante resaltar que los profesionales de la salud, deben tener una mirada integral que les permita reconocer las diferencias que caracterizan a la población infantil en Colombia.

En cuanto a la categoría de *atención en salud*, se retomaron tres investigaciones: la primera titulada “*Revisión documental en el acceso a los servicios de salud que afrontan los niños y niñas de 6 a 12 años diagnosticados con cáncer en Colombia 2005 – 2012 Bogotá D.C*” por las autoras Liliana Estefanía Amórtegui Beltrán, Viviana Carolina Abello Gómez y Angie Katherine Arias Buitrago (2014); es importante señalar que esta es una investigación documental, en la que se abordó el tema del acceso a la atención en salud en niños y niñas que son diagnosticados con cáncer. Esta investigación permitió identificar los factores que predisponen a la población al acceso a los servicios de salud y a la atención, como son: condiciones laborales, sociodemográficas, creencias, lugar de procedencia, tipo de afiliación y funcionamiento de los servicios (p. 16).

Es importante mencionar cómo los niños y niñas que padecen de cáncer se ven limitados en cuanto a la accesibilidad y la atención de salud, ya que según la investigación anteriormente mencionada, unas de las principales barreras de acceso son las siguientes: 1. Condiciones económicas, 2. Limitaciones administrativas y presupuestarias en la red institucional, 3. Limitaciones en materia de recursos: para favorecer la relación médico- paciente, 4. Condiciones sociodemográficas: como es el trasportarse de un lugar a otro (Amortegui, 2014, pág. 22). Esta investigación, rescató como antecedente principal las diversas barreras de acceso que impiden que las personas o niños que sufren alguna enfermedad puedan acceder a una atención integral y oportuna, es por ello que el Estado debe primar y

garantizar el derecho a partir de las políticas públicas, donde se garantice a la familia y al niño el goce efectivo del derecho a la salud.

La segunda investigación que se retomó para la comprensión de esta categoría titulada “*Estudio Cualitativo sobre la atención de salud de niños menores de tres años en establecimientos de salud de nueve regiones pobres del Perú*” realizada por el autor Luis Germán Cordero Muñoz (2016).

Esta permitió analizar los elementos importantes de la calidad de atención como son: espacio físico, equipamiento, personal, tiempo para atención y consejería. Durante la investigación se identificaron distintas problemáticas que hacen que el acceso a la salud sean un impedimento como son: 1. La limitada asignación presupuestal, 2. La carencia en equipos y en infraestructura, 3. Falta de experiencia del profesional de salud a nivel interdisciplinar para enfrentar diversas problemáticas, 4. Falta de empatía entre paciente y médico, y 5. La demora en la atención en cuanto a las citas médicas y los procedimientos (pág. 7).

Con relación a esta investigación podemos concluir que la atención en los centros de salud de Perú posee un alto déficit para el ejercicio pleno del derecho, ya que el paciente no cuenta con los medicamentos, infraestructura, equipos, personal para ser atendido y así poder acceder a un servicio de calidad.

Por último, dentro de esta categoría, se tomó como referente importante la investigación denominada “*Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los servicios de salud colectiva de la localidad de Usaqué*” (2016), a partir de la cual se hizo una revisión exhaustiva de documentos del año 1993 hasta el 2015. Resalta que en la actualidad la población de jóvenes y adolescentes se encuentra marginada en cuanto a la atención de los programas de salud, debido a que se

genera una afectación en diferentes aspectos ya sean de desarrollo, psicosociales y de bienestar, lo que refiere que la salud de los jóvenes debe trascender más allá de las condiciones biológicas y de enfermedad como “... la interrelación de aspectos genéticos, sociales, culturales, políticos, demográficos y económicos, cuando se favorecen las potencialidades de los jóvenes para que se desempeñen de una mejor manera en la vida social” (Moreno, 2016, pág. 18), lo que permitió entender o relacionar la salud con aspectos de bienestar y equidad en los jóvenes y adolescentes.

De igual manera, esta investigación resalta cuáles han sido las principales barreras y facilitadores presentes en el acceso a la atención en salud en la población de adolescentes y jóvenes, en las cuales la autora retoma a Hirmas Aday & colaboradores (2013), que consideraron que las barreras y los facilitadores de acceso son transversales dependiendo la población, los países y las patologías. A si mismo los autores definieron cuatro etapas para el acceso a los servicios de salud que son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad de los servicios y por último, contacto con el servicio, dentro de los cuales se identificaron mayores barreras en accesibilidad y aceptabilidad, ya que hacen referencia a los horarios de atención, accesibilidad de distancia en los recorridos para acceder a los servicios, de tiempo, de transporte , al igual que las percepciones de las prestaciones relacionadas con factores sociales, culturales y religiosos (pág. 32). Lo que comprende que las barreras se encuentran presentes en todos los contextos, incluso en países donde se presenta cobertura universal.

En cuanto al acceso a servicios de salud se define como “... proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro del estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente” (Moreno, 2016, pág. 50), en relación a lo planteado anteriormente, se

estableció que para identificar éste factor, se deben observar las dimensiones geográficas, económicas, culturales y organizacionales, las cuales están relacionadas directamente con la población, al tipo y forma de organización de los servicios y a la capacidad que los usuarios tienen para buscar y obtener atención. Para la atención en salud se tuvieron en cuenta dos aspectos relevantes, el primero de ellos, la accesibilidad que se establece como “...la prestación directa del servicio, es decir corresponde al uso del servicio que requiere el usuario que acude al servicio de salud” (Moreno, 2016, pág. 51), entonces tanto los servicios de salud y de aspectos económicos, deben ser accesibles a todos los jóvenes y adolescentes sin exclusión de raza, sexo y religión. Como segundo aspecto, se resaltó la importancia de la cobertura en salud para la cual la autora retoma a la Asociación latinoamericana de Medicina Social (2008) quien establece que “significa que todos los habitantes de un país pueden acceder a la misma oferta de servicios en función de sus necesidades y preferencias, con independencia de su nivel de ingreso, posición social o residencia y que todo el mundo está capacitado para hacerlo” (pág. 52). Es decir, que el objetivo principal de esta es establecer o asegurar que todas las personas reciban la atención y los servicios que necesitan, ya que esto permite unificar los servicios y prestarlos de manera integral. Por último, la autora menciona que “...la cobertura en salud requiere un enfoque de mayor justicia social, equidad e integralidad y las ansias de que esta sea universal se pueden alcanzar mediante sistemas nacionales de salud sólidos, con enfoque de derechos y el ejercicio del derecho a la salud, con equidad, con visión humanista y eficiencia racional” (Moreno, 2016, pág. 53).

Por otro lado, en la categoría **Promoción de la salud** se encontraron tres trabajos, dos de investigación de la Universidad Nacional de Colombia, y un trabajo de grado de

Optometría de la Universidad de la Salle. El primero tiene por nombre “*Promoción de la Salud en la Primera Infancia: estrategia jardines infantiles promotores de la salud para la localidad de Santa Fe - Bogotá D.C, del año 2011*”, por los autores Claudia Marcela Camargo Ramos y Gilberto Tique Zubieta (2011), en donde resaltaron que la promoción de la salud desde un enfoque educativo, genera procesos de gestión integral en la calidad y promoción de la salud de los niños y niñas. En este contexto esta propuesta se basó en el modelo integral escuelas saludables en el que se fundamentan los componentes de empoderamiento y participación social en salud, educación para la salud, reorientación de servicios de la salud y vigilancia en salud pública; esto, con el fin de promover habilidades necesarias para la orientación en la salud de la población infantil, de sus familias y su comunidad, lo que conlleva a oportunidades de desarrollo para mejorar la salud, y asimismo, comprender cómo la comunidad puede contribuir a la salud desde los procesos de información de los niños y niñas.

En este orden de ideas, la investigación anteriormente mencionada contribuyó a esta categoría, ya que se comprende que la salud de los niños, niñas y adolescentes, se construye dentro un marco social que busca promocionar la salud infantil desde tres contextos: las entidades e instituciones ya sean privadas y/o públicas, la familia y la comunidad; esto, con el fin de reconocer este derecho como eje fundamental para el desarrollo integral, “...para alcanzar los niveles de cobertura y calidad se necesita “establecer entornos seguros y propicios comprometiendo a las familias y comunidades en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la prestación de atención a los niños y adolescentes” (Organización Mundial de la Salud, 2002)

Posteriormente, el segundo trabajo de investigación es un artículo de la Revista Pública de Salud de la Universidad Nacional de Colombia: “*La promoción de la salud en la*

primera infancia: evolución del concepto y su aplicación en el contexto internacional y nacional “ de las autoras Claudia Marcela Camargo y otros (2012), que define promoción de salud, como “...el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla” (pág. 17). Por su parte, presentaron un panorama general sobre las bases conceptuales que enmarcan las acciones y experiencias de la promoción de la salud en la población infantil teniendo en cuenta las diferentes perspectivas nacionales e internacionales. Adicionalmente, las autoras concluyen que “...las estrategias implementadas a partir de las necesidades y oportunidades en un escenario a nivel mundial muestran la importancia de proteger a la infancia desde la gestación, para así avanzar hacia una mayor equidad e igualdad de oportunidades” (Ramos & Villate, 2012, pág. 19). Se cambio

Por consiguiente, para reconocer y garantizar la salud de los niños y niñas se deben generar estrategias que promuevan la salud desde espacios educativos, familiares y sociales, en donde estos sectores sean partícipes del desarrollo integro de los NNA en entornos saludables definidos por la OMS (2006) como aquellos que:

“...apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprender los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento” (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

El tercer trabajo que se encontró, tiene por nombre “*Análisis del cumplimiento de la resolución 412 de 2000 en las EPS (Compensar, Saludcoop y Coomeva)*”, trabajo de grado, para obtener el título de oftalmólogo de la Universidad de la Salle en Colombia, del año 2013, bajo la autoría de (Moreno Mosquera, 2013) quien retomó al autor Henry E. Sigerist

(1945). Uno de los primeros salubristas en utilizar el concepto de promoción de la salud; quien definió las cuatro tareas básicas de la medicina, las cuales son: La promoción de la salud, La prevención de las enfermedades, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación de las escuelas, lo que significa que dichas áreas de trabajo no son tareas únicamente del campo de la medicina, también hacen referencia a una Salud Pública deficiente. En relación con las investigaciones expuestas anteriormente reafirma el importante papel de la salud en todas las dimensiones de los seres humanos. Puesto que cuando se promueve un adecuado nivel de vida, se está accediendo al derecho a la salud en el cual es fundamental tener buenas condics laborales, educación, cultura física y medios para la recreación.

En consecuencia con los derechos de la infancia que están estipulados en la convención de los derechos del niño, se reconoce “...que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión” (UNICEF, CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, 2006, pág. 8). Estos derechos deben ser principalmente por una familia, apoyada y/o respaldada por el Estado y la sociedad, donde se coordinen los esfuerzos de los tres en pro del bienestar de los NNA. En correspondencia con el Trabajo de grado de Moreno Mosquera se relaciona la promoción de salud a partir de las acciones que realizan la población, los prestadores de los servicios de salud, las autoridades sanitarias, los sectores sociales y productivos, con el fin de garantizar más que la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud física, psíquica sociales de la población infantil, con el objetivo de aumentar las capacidades de los NNA, a partir del acceso adecuado a la salud.

En síntesis, con la información comprendida, se concluyó que la mayoría de los documentos revisados son de tipo cualitativo, salvo uno de tipo mixto que tiene por nombre

“Estudio Cualitativo-Cuantitativo sobre la atención de salud de niños menores de tres años en establecimientos de salud de nueve regiones pobres del Perú”, los cuales abordaron el derecho a la salud en niños, niñas y adolescentes, desde diferentes disciplinas en modalidades de pregrado y maestría. De acuerdo con las investigaciones anteriormente señaladas, de las tres categorías de indagación (derecho a la salud, atención en salud y promoción de la salud) se consideró pertinente delimitar el concepto de *derecho a la salud* puesto que este tiene múltiples visiones, donde se concluyó que la salud debe ser integral porque se refiere al estado de bienestar físico mental y social, ya que es un elemento primordial en el desarrollo de las capacidades de las personas como derecho fundamental ligado a la vida ; que si se afecta éste, se verán afectadas otras dimensiones específicas de los seres humanos. Las investigaciones al estar dirigidas principalmente o en su mayoría a población infantil, destacaron en un primer momento cómo a partir del goce efectivo del derecho a la salud en NNA se requiere de mecanismos de atención específicos, debido a que sus características indican que demandan de cuidados, visiones y políticas acordes a sus necesidades.

Teniendo en cuenta las diferentes condiciones de los NNA de Colombia, es preciso mencionar que los contextos son muy diversos en cuanto a los insumos de los hospitales del país, según (Gossaín, 2015) *“en los dos últimos años, por falta de pago, se han cerrado 500 camas de pediatría en toda Colombia. Los niños y los pobres son siempre las primeras víctimas”* es por ello que es importante reconocer que la salud en Colombia está pasando por uno de los peores momentos donde los más perjudicados son las familias y NNA.

Visto así se hizo necesario dar importancia a la construcción de estrategias entre familia, comunidad y Estado que influyan en el desarrollo integral de la población infantil, para que de esta manera fortalezcan tanto capacidades como participación, y los NNA sean

reconocidos como sujetos de derechos en quienes se cumplan atención, calidad, y promoción del derecho a la salud adecuada a sus características. Así mismo, a partir de las diferentes posturas investigadas y analizadas desde la OMS, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Sociedad Colombiana de Pediatría y demás autores, se consideró que el campo es aún muy amplio en cuanto al tema por explorar y reconocer, por ende, es importante profundizar en la vivencia del derecho a la salud en los NNA a partir de lo que han observado e identificado los pediatras en su práctica profesional en pro de la población de nuestro interés.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El derecho a la salud se integró a la necesidad de contar con condiciones de bienestar del individuo, calidad de vida digna y al acceso a servicios básicos, que les garantice a las personas un desarrollo pleno. Es decir que el derecho a la salud debe ser inclusivo, abarca determinantes subyacentes como alimentación, vivienda, educación y entornos saludables. Se consideró significativo investigar los factores y problemáticas que vulneran el derecho a la salud en niños, niñas y adolescentes en Colombia, teniendo en cuenta el ejercicio profesional de los médicos pediatras de la Sociedad Colombiana de Pediatría.

Por ello es importante acercarse a esta problemática desde la profesión de Trabajo Social ya que según la (Federacion Internacional de Trabajo Social, 2014), establece que esta es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio, el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social, respaldado

por las ciencias sociales y el trabajo que involucra a las personas y las estructuras para afrontar desafíos de la vida y aumentar el bienestar. Considerando lo anterior, el Trabajo Social busca aumentar el bienestar de las personas en diversos espacios. Es así que concibe la salud como un derecho fundamental, que permite potenciar el desarrollo y la calidad de vida las personas.

A partir de lo enunciado a nivel profesional, esta investigación brindó los elementos fundamentales para la formación, ya que se logró adquirir un nuevo interés para la profesión de Trabajo Social teniendo en cuenta su vacío de conocimiento en cuanto al análisis del derecho a la salud en niños, niñas y adolescentes a partir del ejercicio profesional de pediatría, ya que desde la profesión se podría incluir una visión de dicho fenómeno construyendo un conocimiento desde una perspectiva social y de derechos. Convirtiéndola así, en la búsqueda de acciones que permitan contribuir en el mejoramiento, la calidad de vida, formando mayor interés en las y los investigadores por contribuir en la necesidad de generar compromisos de concientización.

Esta investigación presentó un interés en la línea de Derechos Humanos y Fortalecimiento Democrático y a la sublínea de Derechos humanos, cotidianidad y cultura, ya que es posible apreciar cómo se vivencia el derecho a la salud desde el ejercicio profesional de los médicos pediatras, ya que permite dar una mirada crítica de la realidad ; en la que se incluyen la identificación de cambios políticos, sociales y culturales que han incidido de manera profunda en el conocimiento, práctica y garantía de los Derechos Humanos, expresando nuevos espacios de encuentro, resistencia y negociación que permitan construir la legitimidad.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los antecedentes consignados en líneas anteriores, dejan ver que hay problemas en el ejercicio pleno del derecho a la salud en Colombia, aunque está establecido como un derecho humano fundamental que tiene en cuenta diferentes dimensiones del ser, debería tener acceso todo ciudadano sin importar su condición económica, política y cultural. Cabe señalar que como actores principales dentro de la investigación se encuentran los profesionales que hacen parte de la Sociedad Colombiana de Pediatra, quienes buscan la defensa y la garantía del derecho a la salud de los NNA. Por su parte se indago desde su experiencia profesional, qué saben, qué piensan, qué opinan, qué conocen, qué limitaciones y vivencias en su ejercicio profesional, en relación con el derecho a la salud de los NNA.

Ahora bien, en Colombia actualmente el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) se rige a partir de la ley 100 de 1993, esta ley antes de establecerse como eje fundamental de la salud, tuvo lugar a unas connotaciones históricas a nivel político económico y social. En este sentido el sistema de salud estaba organizado principalmente en tres subsistemas de servicios, salud pública (SSP), los seguros sociales (SSS) y los servicios privados de salud (SPS). Estos subsistemas se encargaban fundamentalmente de tres funciones, cobertura, financiamiento y servicios, sin embargo, la cobertura de las familias colombianas solo alcanzaba el 23% como lo menciona (Uprimny R. & Durán J, 2014, p. 123) “sólo el 23% de la población contaba con cobertura, el 20% no tenía acceso a ningún servicio de salud y el 10% accedía mediante prestadores privados, el sistema era segmentado e ineficaz y debía ser reformado.” Por su parte en la constitución política de 1991, estableció a Colombia como un Estado social de derecho, lo cual implicó que el

Estado garantizara el acceso a la atención en salud convirtiéndose este en un derecho irrenunciable de las personas. En este marco constitucional se hizo necesario transformar un modelo de salud que llevo a configurar el SGSSS bajo un discurso de equidad, cobertura, y universalidad, siendo estos uno de los principales argumentos que sustentó la necesidad de reformar el sistema de salud. Su objetivo era mejorar la cobertura y calidad del servicio en salud, de esta manera se consideró que la población de bajos recursos pudiera acceder a la atención mediante el régimen subsidiado, y a su vez, que la población con capacidad de pago se afiliara al régimen contributivo.

Esta ley se estructura en tres usos fundamentales, el primero de ellos es el aseguramiento individual (demanda), el segundo la atención en los hospitales públicos (oferta) y el último la salud pública (aseguramiento colectivo). De igual manera esta ley establece un marco en la concepción y operacionalización del régimen de beneficios conocido como Plan Obligatorio de Salud (POS) como eje del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS de Colombia: sobre lo cual algunos autores que:

La reforma a la salud se ha implantado a través de una nueva estructura institucional: el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de una nueva orientación de las políticas de salud basada en el aseguramiento, la mercantilización, la privatización de servicios, la competencia público-privada y el traslado de costos a los usuarios; elementos que convergen en la configuración de un mercado regulado de servicios de salud como núcleo organizativo del SGSSS” (Echeverry M. E., 2011, págs. 63-79)

Considerando lo anterior, la ley 100 de 1993 estableció un plan de financiamiento en la prestación de los servicios de salud, en el que se implantó el mercado y la competencia, por lo que trajo consigo la privatización de los servicios de salud, viéndose la salud como un negocio y no como un derecho fundamental. Si bien es cierto que al constituirse esta ley

tuvo impactos positivos sobre la salud por el aumento en la cobertura a la población, sin embargo, es evidente que el sistema enfrenta grandes retos en cuanto servicio, atención, calidad y equidad. Esto se logra evidenciar a través del aumento de las tutelas como único mecanismo para proteger la atención en la salud y la vida. De esta manera se creó la Ley Estatutaria de salud 1751 de 2015, la cual afirma que la salud es un derecho humano fundamental, puesto que se concibe como autónomo, propio e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, el cual comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud,

Por el contrario de la ley 100 de 1993, la ley Estatutaria de salud 1751 de 2015, constituyen elementos y principios que estructuran el derecho a la salud que son: disponibilidad, accesibilidad, calidad de idoneidad profesional, universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficacia, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas, afrocolombianos, negros, raizales y palanqueros. Estos principios buscan proteger y beneficiar a todas las personas, dándole prioridad a los NNA, grupos vulnerables, mujeres en estado de gestación, personas de escasos recursos y sujetos de especial protección.

Al analizar las nociones del derecho a la salud en contraste entre la ley 100 de 1993 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se consideró que por un lado la Ley Estatutaria pretende mejorar el acceso a los servicios de salud como un derecho fundamental, ya que desde la ley 100 de 1993 es visto como un servicio obligatorio con limitaciones; por lo que se plantea un cambio en el sistema de salud a través de un nuevo marco en la prestación de servicios, donde se concibe la salud como un derecho fundamental propio del sujeto y no como un servicio obligatorio por parte del Estado.

Por otro lado, el Plan Obligatorio de Salud (POS) definido a partir de la ley 100 de 1993 delimita el acceso a medicamentos, procedimientos e insumos, lo que generó una problemática a gran parte de los colombianos, en cuanto a las barreras de acceso a ciertos medicamentos fuera del POS. Frente a esto, la Ley Estatutaria en Salud da paso a un plan universal de beneficios, en donde todas las personas tendrán derecho a éstos sin importar su condición económica. Dentro de esta ley se reconoce también la autonomía médica respetando su ética profesional, esto, con el fin de proteger la seguridad de los pacientes, sin imponer limitaciones al ejercicio médico, que por el contrario dentro de la ley 100 de 1993 se restringe, afectando la relación entre médico y paciente. Asimismo, como se afirma en el ensayo *“la autonomía médica en Colombia a partir de la ley 100 de 1993”* la legislación colombiana ha desmejorado la salud, limitando la autonomía médica con políticas de gobierno que controlan coercitivamente el ejercicio de los profesionales en medicina, imponiendo barreras a los médicos con el fin de reducir los gastos (CÓRDOBA, 2013, pág. 22). Otro punto importante de la ley Estatutaria en Salud que se diferencia de la Ley 100/93 es poner al servicio el derecho fundamental de salud para constituir una cobertura universal en la que todos los colombianos sean incluidos, sin importar a qué régimen estén afiliados ya sea contributivo o subsidiado, para que de esta manera existan condiciones de equidad y oportunidad. Al implantar la salud como derecho fundamental, se estaría considerando que a ninguna persona se le podrá negar el acceso y atención para la protección de su vida y su estado de salud.

En este marco, se entiende que el goce efectivo del derecho a la salud se limitó por aspectos de accesibilidad, atención, cobertura y calidad, debido a que responde a dinámicas de un sistema capitalista donde prima la mercantilización de la salud como un servicio, dejando como consecuencia que un alto porcentaje de la población no acceda a un servicio

de calidad, dado que en las investigaciones consultadas se evidenció que en los NNA el derecho y la atención en salud, se reduce a aspectos de atención a la enfermedad y a la salud sexual, reproductiva y atención de sustancias psicoactivas, dejando a un lado factores importantes que garantizan el bienestar y la calidad de vida desde la prevención de enfermedad y la promoción de la salud en cuanto a los aspectos físicos, mentales y sociales.

En consecuencia, no se refleja la aplicación de derecho a la salud, puesto que se han evidenciado barreras de acceso, las cuales se definen como “...factores tanto del individuo como del entorno que impiden o dificultan que estos grupos accedan a servicios de atención y diagnóstico con calidad y oportunidad, dentro de un sistema de atención integral en salud” (Moreno, 2016, pág. 55). Como lo demuestra el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud (2015) en Colombia, donde el 16% de los hogares tienen barreras de acceso a los servicios para el cuidado de la primera infancia; en los Departamentos del Chocó, Vichada y La Guajira más del 33% de los hogares encuentran estas barreras. El 60% de los hogares en Colombia tiene barreras de acceso a los servicios de salud; los departamentos donde esta proporción es más alta son Chocó y Putumayo, con un 19% y 16% de hogares respectivamente; San Andrés tiene el 2% de sus hogares con barreras de acceso a estos servicios (pág. 65). Esto permite entender que el derecho a la salud es vulnerado desde el ámbito público y privado generando inequidad en las familias colombianas, lo que perjudica directamente a niños, niñas y adolescentes, y deja como consecuencia un alto porcentaje de mortalidad como lo refleja el (Ministerio de Salud, 2013) en el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021.

Según el Ministerio de Salud y de Protección Social (2015), la mortalidad en niños de 1 a 4 años reflejó que las enfermedades más frecuentes son las infecciones respiratorias e intestinales a causa de las condiciones de vida en aspectos de vivienda y entornos

insalubres. Estas muertes en niños y niñas se han considerado inequitativas puesto que estas condiciones y factores que desencadenan estas enfermedades son evitables si se prestan una buena atención en cuanto a la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud. Asimismo, se consideró recalcar la influencia de los determinantes sociales como la pobreza, las condiciones de ruralidad en Colombia, entre otros, como limitantes importantes en el derecho a la salud de los NNA, que desfavorece el acceso a la salud como un derecho fundamental particularmente en grupos vulnerables o de mayor riesgo como la población infantil. Por ejemplo, según el Ministerio de Salud y de Protección Social (2015), la mortalidad neonatal predomina en Colombia ya que el 62% de las muertes ocurren antes del año de vida, como se evidenció en el departamento del Chocó que para el año 2013 la mortalidad neonatal alcanzó una tasa de 92% más alta que la nacional, seguido de Vaupés que alcanzó una tasa de 14,01 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, siendo un 94% mayor que la tasa nacional. Por otra parte, en comparación con la ciudad de Bogotá en el año 2010 la mortalidad infantil en menores de un año es de 13,40 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, siendo la ciudad con menor porcentaje de mortalidad en niños y niñas. (pág. 66).

Así mismo, según el Ministerio de Salud (2015) las tasas de mortalidad infantil en Colombia disminuyeron un 40,74%, en los últimos diez años, en comparación con otros países como Ecuador, donde la tasa de mortalidad infantil ha disminuido constantemente ya que de cada 100 nacidos vivos fallecían 29, esto se registró entre 1999 y 2004, mientras que en el período del 2007-2012, de cada 100 nacidos vivos morían 13. En el caso de Colombia se ha visualizado un descenso importante en el nivel de incidencia, pero sin un avance satisfactorio, hecho que comprende que además del acceso y servicio de salud, existen otros factores (socioeconómicos, condiciones de vida, saneamiento) que influyen en esta problemática.

Tomando en consideración lo expuesto anteriormente, en Colombia según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS (2013), el 13% de los menores de cinco años presentó desnutrición crónica. Igualmente, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2013) reportó que, de 100 niños menores de 5 años, 12 presentan problemas de desnutrición y un 3% retraso severo. Según el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, para el año 2015 la desnutrición crónica en comparación con el año 2010 aumentó el 2,1% en el área urbana y disminuyó 0,1% en el área rural.

Cabe señalar que en relación con El Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud y la Encuesta Nacional de Demografía de Salud 2010 se tuvieron en cuenta las condiciones de sobrevivencia de cada hijo nacido vivo, como las características especiales de la persona, edad, sexo, fecha de nacimiento y cómo éstas afectan directamente en cuanto a mortalidad infantil.

A continuación, se presentan las principales causas de mortalidad en NNA, datos encontrados en el documento Análisis de situación de salud en Colombia (2015).

Tabla 1. Principales causas de mortalidad infantil

Causas de muertes según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres				Mujeres			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,56	6,96	6,77	6,37	5,45	5,51	5,34	5,11
Mal formaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,53	3,11	3,19	3,35	2,82	2,89	2,89	2,63
Enfermedades del sistema respiratorio	0,08	1,08	1,06	0,94	0,79	0,79	0,82	0,73
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,44	0,32	0,43	0,36	0,39	0,33	0,31	0,33
Enfermedades infecciosas y parasitarias	0,57	0,45	0,54	0,35	0,47	0,35	0,46	0,26
Síntomas, signos y hallazgos anormales, clínicos y de laboratorio	0,54	0,38	0,31	0,25	0,39	0,33	0,25	0,26
Causas extremas de morbilidad y mortalidad	0,44	0,41	0,31	0,28	0,37	0,31	0,32	0,21
Enfermedades del sistema nervioso	0,29	0,17	0,16	0,19	0,22	0,18	0,15	0,16
Enfermedades del sistema circulatorio	0,19	0,12	0,13	0,18	0,14	0,12	0,15	0,13
Enfermedades del sistema digestivo	0,21	0,16	0,12	0,13	0,11	0,12	0,09	0,14
Tumores (neoplasias)	0,07	0,06	0,07	0,07	0,08	0,06	0,06	0,06
Enfermedades del sistema genitourinario	0,09	0,06	0,11	0,05	0,04	0,05	0,04	0,04
Enfermedades de la sangre	0,04	0,05	0,07	0,06	0,05	0,04	0,03	0,02

Fuente: ASIS (2015)

Durante el periodo del año 2010 al 2013, se identificaron diez principales causas de mortalidad infantil en Colombia. De acuerdo con los datos suministrados en la tabla, se comprende que la principal causa de mortalidad son las afecciones producidas en el periodo perinatal de sexo masculino, durante el año 2011 con 6,96 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en comparación con el sexo femenino que se presentan 5,51 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el mismo año. Sin embargo, se observa que del año 2011 al 2013 disminuye la probabilidad de muerte. Se consideró que estos tipos de enfermedades no son transmisibles, ya que se producen en el periodo de gestación. En segundo lugar, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, reportan un mayor número de muertes en hombres con 3,35 muertes por cada mil nacidos vivos durante el año 2013 que en mujeres 5,11 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, es decir que a través de los años el riesgo de muerte por esta causa en los hombres ha disminuido mientras en las mujeres se ha mantenido.

En cuanto a enfermedades transmisibles y prevenibles se encontraron las enfermedades del sistema respiratorio donde la mayoría de muertes se presenta en el sexo masculino durante el año 2011 con 1,08 muertes por cada mil nacidos vivos a diferencia de las mujeres la que se presentaron 0,79 muertes por cada mil nacidos vivos en el mismo periodo. Por último, con menor número de muertes se encontraron las enfermedades del sistema genitourinario, que durante el periodo del 2012 se registraron 0,11 muertes a diferencia de las mujeres con 0,04 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Con el porcentaje menor de muertes se encontraron las enfermedades de la sangre; las cifras muestran que en un principio se presentó mayor número de muertes en las mujeres durante el 2010 con 0,05 muertes y en hombres 0,04 por cada 1.000 nacidos vivos, sin embargo, se observó que al

pasar los años el porcentaje de muertes en mujeres por enfermedades de la sangre disminuyó al contrario del sexo opuesto que aumentó.

Teniendo en cuenta los datos se analizó que las principales causas de mortalidad se presentaron en mayor cantidad en hombres que en mujeres y por lo general durante el año 2011, resaltando que hasta el año 2013 se ha notado una notable disminución de las muertes por los diferentes tipos de enfermedades.

Al afirmar que la mortalidad en NNA es más acentuada en zonas rurales que urbanas, dadas las diferentes circunstancias que se generan en algunos contextos donde no se garantiza cubrimiento por parte del Estado, específicamente desde el sistema de salud, conlleva a comprender a parte de la mortalidad también el concepto de morbilidad en niños, niñas y adolescentes como aspecto relevante a analizar para dicho fenómeno. En relación con lo mencionado anteriormente, el documento (Análisis de situación de Salud Colombia , 2015) a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de 2009 a diciembre del 2014 atendió 39.877.245 personas en Colombia y prestó atención a 485.691.520, lo que significa que una persona recibió alrededor de 12 atenciones en salud. De estas el 60.64% (294.539.542) de las atenciones se prestaron bajo el régimen contributivo y un 32.16% (156.180.904) bajo el régimen subsidiado. A partir de lo mencionado dividen la morbilidad por etapas del ciclo de vida, en donde se encuentra:

1.3.1 Primera infancia de 0 a 5 años:

Las enfermedades en primer lugar son las catalogadas por *condiciones transmisibles y nutricionales*² las cuales generaron el 43,56% (11.007.360) de las atenciones en salud ,por esta causa se atendieron en total 2.165.068 personas, para una atención individual de 5.08. En segundo lugar, están las enfermedades *no transmisibles*³ que causaron el 34,14% (8.627.236) de las atenciones en salud, con un total de 1.895.279 personas, para una razón de 4.55 atenciones individuales. En el tercer lugar se encontraron, *las condiciones mal clasificadas*⁴, estas generaron el 15,17% (3.833.488) de las atenciones en salud, para un total de 1.274.105 personas y 3.01% atenciones individuales.

En relación con las estadísticas anteriores se analizó que a partir de las condiciones de vida de los NNA se incrementan las primeras enfermedades como son : enfermedades infecciosas y parasitarias , puesto que las condiciones transmisibles y nutricionales se relacionan directamente con los entornos insalubres.⁵ En relación al segundo tipo de enfermedad no transmisibles, se encuentran las enfermedades de orden genético. La última se ubica en las enfermedades del sistema respiratorio esta se debe a asuntos de orden administrativo, en donde la organización y el manejo de estas enfermedades no es lo suficientemente clara o el conocimiento respecto a estos no existe.

² La palabra condiciones trasmisibles y nutricionales hace referencia a lugar o espacio donde se puede transmitir virus o alguna enfermedad causada por diferentes condicionantes de vida.

³ La palabra enfermedad no trasmisibles hace referencia a las afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta, ej: cáncer, infartos cardiovasculares.

⁴ La palabra condiciones mal clasificadas hace referencia a un mal manejo de las enfermedades o desconocimiento sobre la enfermedad.

⁵ Las palabras entornos insalubres hace referencia a los bajos estándares de calidad y de limpieza para su uso, que afecta negativamente a la salud.

1.3.2 Infancia de 6 a 11 años:

Para la segunda etapa, las enfermedades *no transmisibles* la primera causa de atención en salud durante el periodo de 2009 al 2014, generó el 53,17% (7.958.167) de la demanda. En un segundo lugar, *las condiciones transmisibles y nutricionales* aparecen con el 24,80% (3.712.373) de las atenciones, para un total de 1.551.816 personas atendidas. Para finalizar, las condiciones mal clasificadas generaron el 14,77% (2.211.530) de las atenciones, para 1.008.745 personas y una relación de 2,19 atenciones por persona.

Para este grupo etario en correspondencia con el anterior se pudo observar que se manejan las mismas enfermedades, pero cambia en relación al porcentaje, puesto que para la primera enfermedad aumentó de un 34.14% a un 53.17%; en relación a la segunda enfermedad aumentó de 15.17% a 24.80 y para la última enfermedad de 15.17% disminuyó a 14.77%, lo que deja ver que este grupo tiende a ser más propenso a las enfermedades no transmisibles.

1.3.2 Adolescencia de 12 a 18 años:

En la tercera y última etapa las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante 2009- 2014, generando el 56,86% (7.977.843) de la demanda, lo cual representó una relación de 3,84 atenciones por persona. En segundo lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 17,55% (2.462.431) de las atenciones, para un total de 1.127.239 personas atendidas y en tercer lugar se ubican las condiciones mal clasificadas, con el 14,74% (2.068.519) de las atenciones a las personas. Las estadísticas expresadas dejan ver la realidad de la situación en Colombia, pues como se mencionó anteriormente estas enfermedades son identificadas tanto en la parte rural como

urbana, ya que las ejecuciones de las políticas de salud no se aplican de igual forma en todos los casos o específicamente en todos los contextos. Para el último grupo poblacional en relación con las dos anteriores, las enfermedades no transmisibles registran el porcentaje más alto. El segundo tipo de enfermedad es más alta que las demás y la última es similar a la del primer grupo poblacional.

En la siguiente tabla se establecieron las principales causas de morbilidad infantil extraídas del documento Análisis de Situación de Salud Colombia (2015).

Tabla 2. Principales causas de morbilidad infantil

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Años					
		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Primera infancia (0-5 años)	Condiciones maternas perinatales	2,31 %	2,32 %	2,83%	2,40 %	2,31%	2,20%
	Condiciones transmisibles y nutricionales	45,98%	44,48%	45,20%	44,36%	41,64%	40,14%
	Enfermedades no transmisibles	33,73%	33,31%	31,41%	33,93%	36,37%	36,95%
	Lesiones	4,07%	4,16%	4,4%	4,34%	4,47%	4,69%

	Signos y síntomas mal definidos	13,91%	15,73%	16,15%	14,9%	15,21%	16,01%
Infancia (6-11 años)	Condiciones maternas perinatales	0,14%	0,16%	0,08%	0,06%	0,08%	0,13%
	Condiciones transmisibles y nutricionales	30,35%	29,33%	25,42%	24,45%	23,05%	22,62%
	Enfermedades no transmisibles	49,62%	48,46%	53,35%	55,67%	55,35%	54,47%
	Lesiones	5,63%	6,06%	6,07%	5,56%	5,95%	6,55%
	Signos y síntomas mal definidos	14,26%	16,00%	15,08%	14,26%	15,56%	16,23%
Adolescencia (12-18 años)	Condiciones maternas perinatales	3,35%	3,09%	3,10%	3,18%	3,51%	3,81%
	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,00%	18,75%	15,95%	15,35%	14,48%	14,08%
	Enfermedades no	55,11%	55,05%	58,17%	60,07%	58,47%	56,97%

	transmisibles						
	Lesiones	6,28%	6,81%	6,98%	6,54%	6,98%	7,82%
	Signos y síntomas mal definidos	15,27%	16,30%	15,80%	14,87%	16,56%	17,33%

Fuente: ASIS 2015

De acuerdo con los datos suministrados en la tabla anterior se evidenció que la causa de morbilidad más alta son las *condiciones transmisibles y nutricionales*, en el primer grupo de primera infancia (0-5 años). En el grupo de infancia (6-11 años) la causa que más se resaltó son las *enfermedades no transmisibles* que ha venido en aumento en los últimos diez años, en contraste con esto las causas nutricionales han disminuido en los niños, niñas y adolescentes. Por otro lado, las condiciones maternas perinatales, son la causa de morbilidad que menor % tiene los NNA.

En la adolescencia, se han evidenciado diferentes problemáticas que ponen en riesgo la salud de esta población, una de las situaciones que impactan en el derecho a la salud es el embarazo a temprana edad, ya que es un gran riesgo para la vida de los niños, niñas y adolescentes. Esto implica condiciones de salud precarias que perjudican el desarrollo físico y emocional del infante y pone en riesgo la vida de la madre adolescente. Resaltando un aspecto importante:

“...una de cada 5 mujeres (19,5%) de 15 a 19 años ya es madre o está embarazada, lo cual es más acentuado entre las mujeres de zona rural (26,7%), sin educación (55%, sin ponderar), con sólo educación primaria (46,5%) y de menor nivel de riqueza (29,5%), que en aquellas que habitan en la zona urbana (17,3%), que tienen educación superior (10,5%) o están en el mayor nivel de riqueza (7,4%). Adicionalmente, las estadísticas del DANE muestran que uno de cada cuatro nacimientos

(23,5%) ocurre en mujeres de 10 a 19 años (Atención integral a primera infancia de cero a siempre, 2013, pág. 38).

Otro rasgo que se tuvo en cuenta, y que además influyó en el ejercicio del derecho a la salud de los NNA, es la autonomía médica que según Ávila (2016), la Ley estatutaria 1751 de 2015 “...Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tiene a su cargo” (Avila, 2016, pág. 41). A su vez, ésta se rige a partir de la autorregulación, la ética y la racionalidad. En este sentido, los profesionales en salud se limitan desde su practicidad puesto que se rigen bajo normas y lineamientos establecidos por un modelo económico que restringe el accionar profesional y condicionan el derecho a la salud del paciente, dejando como resultado un proceso insatisfecho e incompleto:

Existen órdenes expresas (más verbales), por los dueños o directivos de las EPS, respecto a la formulación, remisiones al especialista, exámenes de alto costo, cirugías o tratamientos representativos, a los médicos que las generen, son amenazados o no les renuevan el contrato, y generando estímulos para quienes generen los mínimos gastos económicos en salud. (CÓRDOBA, 2013, pág. 18).

Las investigaciones y estadísticas anteriormente descritas permitieron analizar y cuestionar las causas, consecuencias y factores que intervienen en el derecho a la salud de NNA en Colombia. A partir del acceso, servicio, atención y la calidad en la salud que se desenvuelve en contextos económicos, ambientales y sociales, los cuales le competen al Estado como ente garante de derechos. A la familia como entorno primario de protección y a la sociedad como entorno de desarrollo para la preservación de la vida y la salud de los NNA. De esta forma, surgió desde Trabajo Social el interés de

investigar y problematizar la vulneración y las barreras de acceso que impiden el goce pleno de la salud como un derecho fundamental de todos los niños, niñas y adolescentes de Colombia; tomando en cuenta la experiencia de los profesionales en pediatría, a partir de sus vivencias, de sus saberes, de sus opiniones y de sus conocimientos sobre el derecho a la salud en el caso de la población infantil, a partir de su ejercicio profesional.

Es así como mediante esta propuesta de investigación, Trabajo Social aportó a la comprensión del derecho a la salud de los niños, niña y adolescente, desde los ámbitos; personal, familiar y social, y permitió a la Sociedad Colombiana de Pediatría tener una mirada más amplia sobre las problemáticas que se dan en la ciudad de Bogotá, respecto a la forma como se vive el derecho a la salud de NNA.

Por su parte es importante reconocer que las EPS y las entidades prestadoras de servicios salud, actualmente presentan un desorden administrativo lo cual genera que las familias y NNA no se les brinde una buena información y atención en cuanto a los servicios de salud. Es por ello que es necesario revisar y analizar como estar estructurado el sistema de salud puesto que se presentan deficiencias mayores que repercuten en la vida y la salud de los NNA. En este sentido se logró recoger la realidad Bogotana respecto al derecho a la salud ya que la presente investigación estuvo direccionada al ámbito profesional de pediatría en el que se indagó cómo se ejerce el derecho a la salud de las niñas, niños y adolescentes.

Con base en lo anterior se vio la necesidad de plantear la siguiente pregunta de investigación, ¿cuál es noción del derecho a la salud de los NNA a partir de la práctica profesional de los médicos pediatras teniendo en cuenta las fortalezas y debilidades del sistema de salud colombiano durante el año 2017?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Describir la noción sobre el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes desde la práctica profesional de los médicos pediatras, teniendo en cuenta las fortalezas y debilidades del sistema de salud en Colombia.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir la noción del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes desde la experiencia de los médicos pediatras con relación al sistema de salud.
- Identificar las fortalezas del sistema general de salud que repercuten en la atención en la salud de los niños, niñas y adolescentes.
- Identificar las debilidades del sistema general de salud que repercuten en la atención de los niños, niñas y adolescentes.
- Describir las acciones que contribuyen a la garantía del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes.

CAPITULO II

2. MARCOS REFERENCIALES

Para la presente investigación, se consideró importante tener en cuenta tres marcos referenciales (teórico, legal y conceptual) como ejes que rigieron el desarrollo del proyecto de investigación.

2.1 REFERENTE TEORICO

El tema central de ésta investigación es el derecho de la salud como derecho fundamental, el cual se analiza desde los postulados de Rodolfo Arango (2015) y Rodrigo Uprimny (2012) que resaltaron como eje importante los derechos sociales fundamentales en los que se contempló el derecho a la salud. Por su parte en cuanto al derecho a la salud se tienen en cuenta los planteamientos de los autores Mario Hernández (2015), Esperanza Echeverry (2015), Mauricio Torres (2013), Natalia Paredes Hernández (2003) y Marcela Vélez. Los cuales permitieron trabajar la concepción del Derecho a la Salud desde distintas posiciones y posturas teóricas.

2.1.1 Derecho a la salud

En primer lugar se consideró importante partir del concepto de derecho en Colombia, planteado como una meta política individualizada, se afirma que “...todo individuo tiene derecho a una oportunidad, o recurso o libertad si tal cosa tiende a favorecer una decisión política en virtud de la cual resulto favoreciendo el estado de cosas que le permiten gozar del derecho” (Arango, El Concepto de derechos sociales fundamentales, 2015, pág. 62). Considerando lo anterior, es importante recalcar los derechos sociales

fundamentales como subjetivos, con un alto grado de importancia, como los retoma Arango (2015), quien los encuentra reflejados en tres planos: el primero de ellos titular de derechos, es decir, referidos a que todas las personas son portadoras de derechos sociales fundamentales, lo que da a entender que son derechos de todos. El segundo de ellos en el plano del objeto, estipula que estos derechos son constitucionales a una situación fáctica que puede ser cumplida mediante la creación de derechos especiales. Como plano final, son derechos humanos que se han fortalecido mediante la validez jurídica. (pág. 38). Por su parte, el autor expuso que los titulares de los derechos sociales fundamentales son exclusivamente individuos, en otras palabras, estos son derechos individuales, en contraste a esto, no son ni metas políticas ni derechos colectivos (pág. 59).

A partir de lo anterior los derechos económicos están inmersos en un sistema capitalista donde estos priman, como es el caso de Colombia, dejando a un lado la relevancia de los derechos sociales, sin tener en cuenta que son fundamentales para conservar la vida de los sujetos en un escenario individual y colectivo. Adicionalmente, se resaltó que la protección de los derechos sociales se podría denominar la protección defensiva y la protección progresiva, con la idea de que estos derechos son de realización progresiva, por lo que es deber de los Estados generar recursos para lograr su plena realización:

“El derecho a la salud es un ejemplo de protección progresiva ya que en este caso la corte avanza en la protección del derecho a la salud, al considerar que, aunque no estén previstos en el Plan Obligatorio de Salud –POS– las personas tienen derecho a aquellos tratamientos y medicamentos que son indispensables para proteger su derecho a la vida digna.” (Uprimny, 2012, pág. 34).

Para comprender mejor el derecho a la salud en Colombia, Esperanza Echeverry en su artículo *Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha fundamental a la salud. 1994-2010* (2015), distingue que, las dos décadas por ella estudiadas, son marcadas por dos importantes tendencias, la primera de ellas, la reforma de mercado en salud centrada en un derecho ligado a la capacidad de pago, y la segunda el frágil Estado Social de Derecho basado en la garantía del derecho fundamental a la salud. Por lo que la acción colectiva en salud en el país, es atravesada por estas dos concepciones que vulneran el derecho a la salud de los sujetos.

Cabe resaltar que el autor Mario Hernández (2015) propuso que para que exista un cambio y una transformación radical en cuanto al sistema de seguridad social en Colombia se deben tener en cuenta algunos aspectos importantes como son:

“La salud es un derecho fundamental, y no una mercancía. El Estado debe ser el garante de este derecho y no simplemente un regulador o un árbitro de la competencia. La salud integral implica calidad de vida y dignidad humana, no sólo atención de la enfermedad, en el marco un sistema amplio de seguridad social. Los recursos de la salud son públicos; no más lucro ni corrupción con los dineros de la salud. El sistema de salud debe respetar y garantizar los derechos laborales y a la seguridad social de todos los trabajadores y profesionales de la salud. El sistema de salud debe ser participativo e intercultural” (Hernandez M. , 2015, pág. 5).

El autor consideró que lo anteriormente planteado refleja un respeto por la dignidad y de tal manera existiría un goce efectivo del derecho a la salud como tal, mejorando o garantizando la calidad de vida de los individuos. Retomando a Paredez (2003) en su libro *Derecho a la Salud su situación en Colombia*, se puede comprender cómo el Derecho a la Salud parte principalmente desde:

un concepto de bienestar que recoge la dimensión individual y colectiva de este derecho, que va más allá de la definición negativa de salud, entendida como ausencia de enfermedad y considera la salud como un parámetro de medición del desarrollo (Paredes, pág. 30).

Es importante reconocer que el derecho a la salud en la vida del ser humano es indispensable para así potenciar sus capacidades y habilidades, es por ello que dentro del ejercicio del derecho a la salud existen diversos principios como son: *Gratuidad, Equidad Igualdad y Accesibilidad*, este último principio abarca distintas dimensiones como lo retoma la (Observación General No.14, 2013) donde se identifican diferentes condiciones : 1) la *no discriminación* , 2) la *accesibilidad física* , 3) la *accesibilidad económica*, y el 4) *acceso a la información*.

En relación con lo mencionado anteriormente la autora expuso cómo el derecho a la salud no solo se limita a la ausencia de afecciones y enfermedades, sino realmente al entorno de prevención y promoción, ya que la salud involucra un estado de bienestar que no solo incluye el estado físico si no también mental y social.

A partir de los planteamientos del autor Tovar (2013) en su libro (Lucha social contra la privatización de la salud) se ve reflejado al igual que en el texto de la autora Natalia Paredes, un análisis de la salud como derecho fundamental y no únicamente como un servicio público, que poco a poco se vuelve más privatizado. El autor profundizó en la lucha que diferentes actores (sindicatos gremios profesionales, usuarios y sectores organizados) han llevado a cabo en pro de consagrar la salud como derecho, a partir de acciones contenciosas las establecidas como una lucha directa que irrumpe en espacios públicos con el fin de plantear reclamos justos en cuanto a los componentes de la salud como un derecho humano fundamental. Y las acciones no contenciosas, establecidas por el

autor como los eventos de concertación y negociación no disruptivos de la cotidianidad. La importancia y la fuerza que la movilización social ha tenido en Colombia aporta a hacerle frente a las reformas y las concepciones de la salud generadas a partir de la ley 100 de 1993 en Colombia. Pues como lo expone la autora Marcela Vélez en su libro (La salud en Colombia. Pasado presente y futuro de un sistema en crisis). La salud colombiana estructurada a partir de esta ley ha tenido grandes falencias, como la corrupción que afectan sobre la prestación de servicios y salud pública, lo que se ve reflejado en el desarrollo social y económico del país.

En este sentido, continuando con el autor Mauricio Torres, éste estableció cómo a partir de la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo en el Primer Congreso Nacional de Salud realizado en octubre del 2001 se definió el derecho a la salud como un derecho social relacionado directamente con la vida que se trabaja a partir de aspectos comunicativos, educativos, investigativos y organizativos. Para el segundo congreso concluyeron:

Los lineamientos de un nuevo sistema de salud para Colombia de carácter universal, equitativo, participativo ,con prioridad en los aspectos de promoción y prevención que reconoce la diversidad cultural ,de género y edad (Tovar, 2013, pág. 63)

La Audiencia Publica en salud, a partir de la visión de la salud como un derecho humano fundamental buscó realizar un balance sobre la prestación de los servicios en cuanto a barreras de acceso y garantía del derecho a la salud, esto con el fin de establecer compromisos en el ámbito distrital que permitieran ejercer un pleno ejercicio de este derecho.

Se entiende que el derecho a la salud es integral puesto que está vinculado directamente a la vida, como lo plantea la Ley Estatutaria de salud 1751 de 2015 en sus principios. Este derecho se aplica a todas las personas sin distinción alguna, el cual, si se ve afectado por barreras de acceso, cobertura o demás elementos, se vulneran no solo el derecho a la salud sino todos los derechos que se relacionan con este. Como resultado de estas audiencias se generó una demanda de responsabilidad política contra el Estado Colombiano por ser el principal actor en violentar y transgredir el derecho a la salud, con el fin de ejercer poder en la política pública en salud y así generar repercusiones en la calidad de vida de los colombianos desde el servicio de salud establecido en Colombia. Así mismo la autora Marcela Vélez mencionó la importancia en cuanto a la cobertura, la prestación de los servicios, las necesidades del talento humano y a la situación económica principalmente precaria de los prestadores de la salud. Necesidades que buscan ser mediadas por reformas políticas que como lo planteó la autora, no contribuyen a solucionar o aportar a las necesidades subyacentes al problema de la salud en Colombia.

2.1.2 Determinantes Sociales en el derecho a la salud

Según la (Organización Panamericana de la Salud, 2010), en su informe *“Determinantes sociales de la salud y enfermedad”*, establece que los determinantes sociales, son aquellos factores que ejercen su influencia, sobre los diferentes componentes de lo que se deriva un mejor o peor estado de salud de la población, entre lo cual se tiene en cuenta cuatro factores: 1) biología humana, 2) medio (físico/social), 3) modo de vida / estilo de actuación, 4) organización y funcionamiento de los servicios de salud. Es así que todos los aspectos anteriormente mencionados se deben tener en cuenta al hablar sobre el Derecho a la salud en toda sociedad. Según el mismo informe, en los últimos años, los

determinantes mayores de carga de enfermedad mundial son, bajo peso, sobrepeso, tabaquismo, alcoholismo, hipertensión y conducta sexual, en las cuales las causas principales son aspectos como hambre, agua sucia, saneamiento deficiente, ambiente infeccioso y falta de atención médica básica. Es decir que si el estado y las diferentes políticas que se han adoptado a lo largo del tiempo garantizaran los determinantes sociales básicos que toda familia necesita, el derecho a la salud sería garantizado de una manera más fácil y efectiva, puesto que este no solo depende del sistema de salud, sino por el contrario también de las condiciones que el estado garantice a la sociedad, para lograr tener una buena calidad de vida.

Para tener un concepto más amplio, retomamos a la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien establece que los determinantes sociales de la salud son los medios y las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, en lo cual juega un papel importante el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución de diferentes aspectos tales como: dinero, poder y recursos a nivel mundial, nacional y local, los cuales dependen cien por ciento de las diferentes políticas que cada país adopte. Teniendo en cuenta lo anterior, es así que los determinantes sociales “explican la mayor parte de las inequidades sanitarias y de salud, esto es, las indiferencias injustas y evitables observadas entre los países en lo que respecta la situación sanitaria” (Organización Mundial de la Salud, 2008). En relación a esto la OMS en el año 2005 propone tres recomendaciones generales que son: Mejorar las condiciones de vida cotidianas, luchar contra la distribución desigual de poder, dinero y recursos y medición y análisis del problema.

La OMS, en su informe *“subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”* (2008), destaca que es importante tener en cuenta los determinantes sociales dentro del campo de la salud, puesto que: primero que todo repercuten de manera directa en la salud de todas las personas, permiten predecir la mayor proporción de la varianza del estado de salud (inequidad sanitaria), estructuran los comportamientos relacionados con la salud, interactúan mutuamente en la generación de salud.

2.1.2 Derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes

En el informe de (UNICEF, va a la escuela para promover los derechos de los niños, niñas y adolescentes, 2002) se evidenció la importancia de reconocer los derechos de los NNA, desde los diferentes escenarios. En dicho informe se retoma la Convención sobre los Derechos del niño, reconociendo a los niños, niñas y adolescentes como sujetos plenos de derecho y no como objetos receptores de protección, este además considera, que por su condición de desarrollo gozan de derechos especiales, representados en tres niveles: en la familia, en la sociedad y en el Estado:

Ya no se habla de satisfacer necesidades, sino que se trata de asegurar derechos por medio de la ley. La Convención sobre los Derechos del Niño no define a los niños, niñas y adolescentes por sus necesidades o carencias, por lo que les falta para ser adultos o lo que impide su desarrollo. Por el contrario, al niño, niña o adolescente se lo considera y define según sus atributos y sus derechos ante el Estado, la familia y la sociedad. (UNICEF, 2002, pág. 30).

Por tanto, los derechos de los NNA, están inmersos a un contexto social y cultural en donde la familia como primer agente protector debe garantizar y reconocer sus derechos

en función de su integralidad, así mismo la sociedad y el Estado tiene el rol de reconocer y reivindicar los mismos mediante políticas sociales básicas de protección.

En relación a lo anterior “las nuevas legislaciones establecieron más obligaciones para los Estados y en especial para los gobiernos, como contracara de los nuevos derechos reconocidos para la niñez y la adolescencia. No obstante, también el rol de las familias figura como uno de mucha responsabilidad, e incluso se les atribuye un papel garantista.” (Navarro, 2009, pág. 13), por lo que se refiere a la importancia de la protección de los derechos de los NNA, desde la familia, el Estado y la sociedad, en el que se les brinde la garantía de sus derechos para su pleno desarrollo físico, mental y social.

Por otro lado (La Convención sobre los Derechos del Niño, 2015), se agruparon cuatro grandes categorías de principios que describieron los derechos de los NNA establecidos, de manera tal que los gobiernos deben asegurar la protección de estos derechos:

- Principios rectores que incluyeron la no discriminación, la adhesión de interés superior al niño, el derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo; y el derecho la participación.
- Derechos a la supervivencia y el desarrollo, incluyeron derecho a recibir una alimentación adecuada, vivienda, agua potable, educación oficial, atención primaria de la salud, tiempo libre y recreación, actividades culturales.
- Derechos a la protección, incluyeron la protección contra todo tipo de malos tratos, abandono, explotación y crueldad, e incluso el derecho a una protección especial en tiempos de guerra y protección contra los abusos del sistema de justicia criminal.

- Derechos a la participación, derecho a la libertad de expresión y a expresar su opinión sobre cuestiones que afecten su vida social, económica, religiosa, cultural y política.

Estas normativas se interpretaron en función del interés superior de los niños, niñas y adolescentes puesto que se debe dar prioridad a estos principios que constituyen cuatro ejes fundamentales como lo menciona Duran-Strauch (2011): el reconocimiento de la población infantil como sujetos de derechos, la garantía que permita condiciones favorables para su ejercicio integral, la prevención de cualquier tipo de amenaza a los NNA para vulnerar sus derechos y el restablecimiento, en donde el Estado tiene la responsabilidad de intervenir para superar las situaciones de vulneración.

El (Ministerio de Salud , 2014) permite comprender que dentro del derecho a la salud, existen diferentes aspectos importantes que se deben tener en cuenta como son: un ambiente sano, lo que refiere a entornos protectores y promotores del desarrollo, que favorezcan y promuevan la calidad de vida de los NNA, de igual manera se encuentra el derecho a una alimentación, sana, apropiada, oportuna, segura y acorde con las condiciones territoriales y culturales; una convivencia familiar, social y comunitaria que se base en establecer fuertes vínculos con los cuidadores, así como la capacidad social y cultural para el cuidado de los NNA en todos los entornos donde transcurre la vida de los mismos y por último ,se encontraron la protección ante emergencias y desastres a nivel individual y colectivo, procurando reducir los daños que afecten la salud humana y ambiental ,con el fin de contribuir a la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida.

2.1.3 Garantía del derecho a la salud

La garantía del derecho a la salud en Colombia, es un eje importante para la atención de la salud de la población, en este caso los NNA de especial protección desde el sistema de salud actual. En este sentido la Constitución Política de Colombia en el art. 49 estableció que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.” (Angulo, Jiménez, & Gómez, 1991) La garantía del derecho a la salud implica un abordaje integral que tenga en cuenta los *determinantes sociales y económicos*⁶ que afectan la salud de los NNA, así pues, el Estado debe contribuir a garantizar el derecho a la salud para el cumplimiento de los objetivos establecidos en la constitución. Por su parte (Arango, Justiciabilidad de los derecho sociales, 2005) mencionó que para la garantía del derecho a la salud, establecida por el autor como un derecho social fundamental, parte de la interdependencia de los individuos, es decir, una responsabilidad compartida a través del reconocimiento del derecho a la salud para la garantía. Así mismo reiteró que la garantía del derecho le concierne al Estado, puesto que su función es construir políticas públicas dirigida a satisfacer la garantía y el goce de los derechos sociales fundamentales como lo es la salud.

En la sentencia 760 de 2008 la Corte constitucional hace énfasis en que:

“por el hecho de tratarse de garantías que suponen el diseño e implementación de una política pública, el no haber comenzado siquiera a elaborar un plan es una violación de la Carta Política que exige al Estado no sólo discutir o diseñar una política de integración social” (Pág. 149).

⁶ Los determinantes sociales y económicos hacen referencia al reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales del ser humano, estos determinantes sociales se constituyen en los entornos sociales como son; agua potable, alimentación, vivienda, educación, salud, etc los cuales determinan y garantizan la vida del ser humano.

Es decir, que a partir de esta sentencia se transformó el concepto del derecho a la salud como un derecho fundamental que está íntimamente vinculado a la vida y la dignidad humana, siendo parte primordial para el goce efectivo del derecho a la salud, en este caso la garantía del derecho a la salud de NNA.

Por otra parte, se retomó el artículo 44 de la sentencia 206/13 que consagra la prevalencia de los derechos de los niños y las niñas sobre los de los demás. Esta norma estableció de forma expresa que los derechos a la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social de los menores de edad son fundamentales. Asimismo, dispone que la familia, la sociedad y el Estado tengan la obligación de asistir y proteger al niño o niña para asegurar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus garantías. Es importante resaltar que la garantía del derecho es fundamental ya que este permite un desarrollo social, económico, político y ambiental de un país, pues determina y a su vez es determinado, por otros derechos fundamentales, por lo cual afecta diversos factores del desarrollo humano y social. La responsabilidad de esta garantía en Colombia recae directamente en manos del Estado, ya que este debe ir en la defensa de los derechos que en este caso es el derecho a la salud y la garantía de este mismo derecho en los niños, niñas y adolescentes.

2.1.4 Práctica profesional

La práctica profesional esta mediada por diferentes aspectos sociales que involucran a todos los profesionales en particular en el área de salud, donde (Posadas, 2013) Señala que una vez la medicina fuera institucionalizada comenzó a convertirse en un monopolio sobre la salud, lo que ha generado que la medicina se presente como un modelo eficaz que sirva

para prevenir y controlar enfermedades, y de esta manera lograr determinar cuándo se puede hablar de ellas y cuándo no.

Con respecto a la institucionalización esta generó formaciones discursivas que afectan directamente la forma en la que se desarrolla la medicina y por ende la práctica médica. En relación a ello el profesor Ruslan cita al antropólogo Eduardo Menéndez quien señaló que existen tres diferentes campos para el ejercicio de la práctica médica que son: *la práctica individual, la atención en hospitales públicos y la atención en hospitales privados*, estos tres diferentes campos en relación a las formaciones discursivas han incurrido en afectar la práctica de profesionales en salud puesto que cada uno tiene características específicas y particulares que responden a dinámicas preferiblemente económicas. En relación a lo anterior señaló que la medicina vista desde la institucionalización es considerada una mercancía, lo que generó una relación asimétrica en el vínculo médico-paciente porque generó relaciones de subordinación de los usuarios que acceden a los servicios de salud. Es por esto que se ve fuertemente fundamentado a partir de la medicina moderna, puesto que impone un poder y dominio sobre los usuarios a partir del conocimiento que juzga lo normal y lo patológico, es así que se ve apoyado a partir de las leyes jurídicas que se usan como parámetros para juzgar que es enfermedad y que no y cuando se debe acudir a los servicios de salud.

La práctica de la medicina ha experimentado transformaciones profundas en los últimos tiempos, algunas de ellas tienen un carácter general y son propias del mundo de hoy, otras obedecen a las peculiaridades histórico-sociales de cada país. pública.

Por otro parte (Silva, 2006) en el artículo La relación medico paciente de la Revista Cubana de Salud Publica señaló que la práctica médica, como cualquier práctica social, se

ha diversificado enormemente. La división del trabajo dominada por la especialización tiene en el ejercicio de la medicina una de sus expresiones más acabadas ya que el profesional en su mayoría ha perdido autonomía médica en su ejercicio, que dentro de su práctica es fundamental la relación del médico con el paciente puesto que en esta es importante que el médico conozca sus rasgos de carácter, sus limitaciones, su nivel de información, hasta qué punto puede manejar una situación determinada y cuándo necesita recurrir a otro colega. En este sentido Rodríguez mencionó que algunos de los principales aspectos que son significativos en la práctica profesional en el área de salud como, por ejemplo:

- El respeto que inspira su investidura técnica en una profesión de alto contenido social.
- La expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad.
- Su condición de piedra angular en la prestación de un servicio de gran significación humana como es promover o restablecer la salud.
- Demandar una constante disposición a la relación de ayuda sin aspiración de reciprocidad.
- Requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores de grandes potencialidades iatrogénicas.

Para concluir se tuvieron en cuenta los diferentes aspectos mencionados anteriormente, que hacen que la práctica profesional sea integral e incluyente, en el sentido en que se deben tener en cuenta los derechos y los deberes de todo aquel que este inmerso en el campo de la salud ya sea paciente, médico e institución.

2.2 MARCO LEGAL

Para el desarrollo del actual proyecto investigativo se tuvieron en cuenta los requisitos legales y normativos que sustentan el derecho a la salud de los NNA teniendo en cuenta las leyes de ámbito nacional e internacional.

2.2.1 Marco internacional

En el ámbito internacional los derechos de la población infantil están estipulados plenamente en la Convención sobre los derechos del niño (2006), que nació a partir del tratado internacional de derechos humanos de la ONU el 20 de noviembre de 1989. En cuanto a los 54 artículos que se expresan en la convención se reconoce que los niños y niñas, son sujetos con derecho pleno al desarrollo físico, mental y social, teniendo en cuenta un modelo para la salud, la supervivencia y el progreso de las sociedades. Este tratado consideró importante dar una definición de *niño* entendida como todo ser humano desde su nacimiento hasta los 18 años de edad. Esta convención como primera ley internacional es de carácter obligatorio para todos los Estados, es decir, que cada Estado tiene la obligación de acoger estas medidas para la efectividad de los derechos de los niños y niñas. Desde que la convención del niño se ha ejecutado en todo el mundo se ha logrado un mayor cumplimiento de los derechos a la supervivencia, la salud y educación, promulgando un entorno protector que defienda a los NNA de explotación, maltratos y todo tipo de violencia.

La ONU reconoce a través de esta convención que la familia y la sociedad tienen la obligación de brindar protección y asistencia necesaria para generar el desarrollo pleno de los NNA. De igual manera la ONU resalta que "el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento". A partir de lo anterior la convención sobre los derechos del niño, dan especial protección a esta población, generando lineamientos de protección y

desarrollo pleno que involucre a todos los Estados para la garantía de los derechos de los NNA.

Por otra parte la OMS, consideró que la salud es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad en donde el Estado y las personas tienen la responsabilidad de cooperar en función de esta, teniendo en cuenta que el goce de la salud es una condición de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, en la cual los gobiernos tienen la obligación de optar por medidas sanitarias y sociales para el cumplimiento y pleno desarrollo de la salud de todos los individuos; por lo que la finalidad de la OMS es alcanzar para todos los pueblos el grado máximo de salud, por esta razón se establecen 82 artículos que con la finalidad de las siguientes funciones:

Actuar como autoridad en asuntos de salud de todos los Estados, establecer y mantener una relación eficaz con la ONU y demás organismos, ayudar a los gobiernos a fortalecer sus servicios de salud, proporcionar ayudas técnicas en casos de emergencias a los gobiernos, proveer recursos de salubridad a grupos especiales, promover y mantener la asistencia maternal e infantil, promover e investigar en los campos de salud, suministrar información y ayuda en el campo de salud, entre otros. En este sentido, lo que busca la OMS es generar pautas a los gobiernos de todo el mundo, siendo este un ente regulador en cuanto a la decisiones y estrategias que se plantean los Estados para el cumplimiento del derecho a la salud.

De acuerdo con los documentos revisados frente a los ejes temáticos para la investigación como son: Derecho a la Salud, Atención en Salud y Promoción en Salud, fue necesario tener en cuenta la normatividad a nivel internacional y local que regula el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes en Colombia.

2.2.2 Marco Nacional

Desde el ámbito nacional el derecho a la salud en niños, niñas y adolescentes es un derecho fundamental al cual tiene acceso todos los NNA en general, ya que es un derecho que está vinculado directamente con la vida, la alimentación, la vivienda, la educación y la dignidad humana. Es así como los niños deben gozar de los beneficios de un sistema de salud integral que garantice el pleno desarrollo físico y mental, tal como se establece:

“Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad... ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud” (Codigo de la Infancia y Adolescencia ley 1098 de 2006, pág. 16).

Por su parte, el Estado debe efectuar ciertas obligaciones para dar cumplimiento al derecho a la salud de los NNA como lo implementa la Ley Estatutaria 1098 de 2006 en la cual dentro del artículo 41 se evidenció que el Estado debe garantizar y proteger la cobertura y calidad de la atención a las mujeres gestantes de manera integral con programas de atención gratuita de calidad. Así mismo, para los NNA se garantiza el acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud de manera oportuna a través de la afiliación inmediata a uno de los regímenes de la ley. Además, la ley busca reducir la morbilidad y la mortalidad infantil en particular a los niños y niñas menores de cinco años con programas de vacunación y prevención de las enfermedades que son factores de riesgo y que atentan contra la vida de los NNA. Por otra parte, el Estado debe asegurar los servicios de salud y subsidio alimentario.

En cuanto a la ley 100 de 1993, esta permitió la creación del sistema de seguridad social integral y la prescripción de otras disposiciones". Señala que "...el sistema de

seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. (Ley 100 de 1993, Art 1-6)

A su vez, se estableció en su formulación los objetivos que regularían la implementación de esta ley en el marco de la seguridad social en Colombia. Los objetivos de la ley 100 de 1993 establecieron en el artículo 6 del capítulo II que:

El sistema de seguridad social integral ordenará las instituciones y los recursos necesarios para alcanzar los siguientes objetivos: 1. aboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema. 2. Garantizar la prestación garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación le los servicios sociales complementarios en los términos de la presente ley. 3. Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.” (Ley 100 de 1993, Art 1-6).

El sistema de seguridad social integral está instituido para unificar la normatividad y la planeación de la seguridad social, así como para coordinar a las instituciones prestadoras de servicios de salud⁷, y así obtener las finalidades propuestas en la presente ley. Así pues, en el artículo 8 (Conformación del sistema de seguridad social integral) se estableció que el

⁷ El concepto de Instituciones prestadoras de Salud hace referencia a las entidades de naturaleza privada, oficial, mixta, comunitaria solidaria, organizada para la prestación de los servicios de salud a la población.

sistema de seguridad social es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales.

Retomando la Constitución Política de 1991, en el capítulo 2 de los derechos sociales, económicos y culturales, artículo 44, menciona lo siguiente

Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás. (Constitucion Politica de Colombia 1991, 2015, pág. 18).

Fue importante mencionar que el derecho a la salud es fundamental para todo niño, niña y adolescente, ya que si no se cumple el Estado y la familia tienen la obligación de garantizar y restablecer el derecho. Por otra parte, es importante resaltar el artículo 49 que hace referencia al derecho a la salud y los servicios:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de

eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.” (Constitucion Politica de Colombia 1991, 2015, pág. 21).

Con respecto a la sentencia C 313 2014 que fue publicada por la Corte Constitucional en la cual se expresan las decisiones tomadas en el Proyecto de Ley Estatutaria de Salud número No. 209 de 2013 Senado y 267 de 2013 Cámara, se declararon exequibles la gran mayoría de los 26 artículos del Proyecto de Ley, afirmando que deben darse de manera oportuna y eficaz, teniendo en cuenta la calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

Tanto la sentencia como la ley estatutaria afirmaron que, en definitiva, la salud es un derecho fundamental, autónomo y que, si no hay un goce pleno del mismo, también es tutelable sin necesidad de que presente conexidad con ningún otro derecho fundamental. De este modo la corte constitucional argumentó que la sostenibilidad financiera del sistema de salud no puede ser una justificación o impedimento aceptable para que el Estado niegue la prestación oportuna y eficiente de los servicios de salud a los cuales tiene derecho todo ser humano como usuario del sistema general de salud.

Posteriormente se crea la ley estatutaria 1751 de 2015 que declaró como exigible por la corte constitucional colombiana. Ya que esta tiene como objetivo regular y garantizar el derecho fundamental a la salud, el cual es autónomo e irrenunciable en lo individual

como en lo colectivo para todos los usuarios, agentes y demás personas que intervienen de forma directa o indirecta en la garantía del derecho a la salud. Lo que se quiere decir que a partir de mecanismos de protección y un conjunto articulado de principios, normas, políticas públicas, procedimientos, competencias, facultades, obligaciones, derechos, deberes y controles el Estado es el principal actor que respeta, garantiza y protege el derecho a la salud como derecho fundamental. Por lo cual debe definir políticas que contribuyan a promover el cumplimiento de los deberes de los usuarios.

En relación con lo mencionado anteriormente, se tuvo presente que en la ley estatutaria la salud como derecho fundamental se compone de elementos y principios esenciales que se relacionan entre si y todos deben ser interpretados de forma equitativa y armónica sin privilegiar alguno sobre los demás. Entre estos elementos se encontró la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional. En los principios se especificaron catorce apartados donde se aclara el papel del Estado, los derechos y deberes de los usuarios y los prestadores del servicio sin excepción o discriminación alguna. No obstante, se tuvo presente que constitucionalmente se privilegia en beneficios a población de especial protección en cuanto al interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo, personas de escasos recursos y grupos vulnerables⁸. Su atención en salud no tendrá limitantes, ni restricciones administrativas o económicas de ningún tipo.

⁸ Los grupos vulnerables corresponden a los niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, poblaciones en situación de discapacidad y víctimas del conflicto armado.

CAPITULO III

3 DISEÑO METODOLOGICO

3.1 Proceso Metodológico

El proceso metodológico que se realizó en la presente investigación consto de seis fases específicas, las cuales son:



- **Recolección y análisis de la información**

A partir del criterio establecido previamente (derecho a la salud en NNA) se realizó una búsqueda de investigaciones y documentos científicos que estuvieran dentro del periodo del año 2010 al año 2016. Se seleccionaron 45 documentos de los cuales 16 fueron los escogidos para construir los antecedentes de la investigación. De las cuales trece eran a nivel nacional y tres a nivel internacional.

- **Construcción de categorías**

En pro de identificar producción teórica, conceptual y normativa sobre el derecho a la salud en niños, niñas y adolescentes, se analizaron en profundidad los dieciséis documentos

seleccionados desde los cuales se establecieron cuatro categorías de análisis; noción del derecho a la salud, atención en salud, garantía del derecho y practica profesional.

- Realización y aplicación de instrumentos

Una vez establecida la pregunta problema y los objetivos por parte del grupo investigador, posteriormente en compañía de la Sociedad Colombiana de Pediatría se establecieron los criterios de inclusión y exclusión de la población.

En relación a lo mencionado anteriormente se seleccionaron en total 12 médicos pediatras a quienes se les aplicó el instrumento, el cual constó de dos partes (anexo N° 2). La primera parte **caracterización de la información** y la segunda parte **entrevista semiestructurada** con el fin de dar respuesta a los objetivos adjunto a esto se firmó el consentimiento informado (anexo N°3) en este los pediatras autorizaron el uso de la información recogida. Cada estudiante realizó tres entrevistas a pediatras lo que dio el total establecido.

- Categorización de la información

En esta acción una vez transcritas las entrevistas, para la primera entrevista realizada por cada estudiante se establecieron códigos de análisis a libre elección, seguido a esto paso se unificaron los códigos establecidos lo que arrojó una lista de códigos que se aplicó a la segunda y tercera entrevista realizada de cada investigadora. Posterior a establecer la lista macro de códigos se renombraron con el fin de hacer que estos fueran más concretos.

- Análisis y resultados de la información obtenida

A las entrevistas codificadas se les realizó el análisis usando como guía los códigos identificados en ellas. El proceso consistió en entretelar la teoría establecida previamente en

la investigación, la narrativa de los pediatras y la voz del investigador, situando todo esto en el contexto colombiano y específicamente en la ciudad de Bogotá. Una vez realizado esto se unificaron conceptos y análisis entre las investigadoras.

- Presentación y socialización

Culminado todo el proceso académico se realizaron ajustes y revisiones a toda la investigación, posteriormente se organizó la información en diapositivas para ser presentadas y sustentadas.

3.2 Metodología de la investigación

La metodología a la cual pertenece esta investigación, es de tipo cualitativo, el cual hace referencia a la comprensión, centrando toda la atención en los hechos. Según Roberto Hernández Sampieri (2006), la investigación cualitativa se utiliza para refinar y descubrir preguntas de investigación, pero no necesariamente, se prueban hipótesis. Esta metodología se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Por lo tanto, su propósito consiste en reconstruir la realidad, tal y como la observan los sujetos de un contexto determinado.

De igual manera el autor establece que “en la variedad de enfoques cualitativos existe un común denominador que se podría situar en el concepto de patrón cultural, que parte de la premisa de que toda cultura o sistema social tiene un modo único para entender cosas y eventos” (Sampieri, H, 2006, pág. 14). Es decir, hace parte de los modelos culturales que son marcos de referencias para el actor social y que está construido por el inconsciente, lo transmitido por otros y la experiencia personal, estos son los factores principales que se retoman en la investigación cualitativa.

Partiendo de lo anterior, los estudios cualitativos involucran la recolección de datos utilizando técnicas que no pretenden medir ni asociar las mediciones con números, tales como: entrevista abierta, discusión en grupo, observación no estructurada, revisión de documentos, historias de vida, evaluación de experiencias personales, entre otras. Es así que la investigación cualitativa se interesó por captar la realidad de los sujetos, por medio de las experiencias para lograr interpretar la percepción que los sujetos han construido del contexto en el cual se encuentran inmersos, y así tener en cuenta la subjetividad de los mismos.

3.3 Enfoque

Es importante señalar que para la ejecución de este proyecto de investigación fue necesario retomar el enfoque fenomenológico, ya que este permite explorar “el ser y la vida de los subjetivos universales” partiendo desde la descripción de la experiencia sin acudir a explicaciones causales. Es decir que su preocupación consiste en mostrar cómo puede ser descrito el conocimiento de la vida cotidiana que explica la realidad humana, desde la percepción que el individuo tiene de algo en el mundo y que a su vez pasa a ser parte de la realidad de él (Luckmann, 2001, pág. 163).

Berger y Luckman (2001), proponen interpretar la realidad social mediante un proceso que tiene tres aspectos interrelacionados: el primero consiste en la objetivación de las vivencias de la gente es decir, que los significados se materializan permitiendo que el sujeto se vuelva accesible a los conocimientos de su entorno desde las experiencias de su práctica cotidiana y de una manera eficiente solucionar un problema habitado, que se convierte en una costumbre institucionalizada; como segundo aspecto se encontró la internalización de la socialización que se convierte en un proceso subjetivo de otros que en consecuencia se

vuelven para un sujeto o grupo. (pág. 164). Por último, se encontró la externalización como proceso en el que las instituciones aparecen fuera del individuo como parte externa.

Para finalizar es importante señalar que el enfoque fenomenológico nos permite analizar y explorar la concepción del derecho a la salud de los NNA desde la experiencia profesional del médico pediatra general de la Sociedad Colombiana de Pediatría.

3.4 Nivel

En concordancia con lo anterior, la metodología y el enfoque de investigación, se planteó que el nivel acorde para esta investigación es el nivel descriptivo, ya que permite un acercamiento a una realidad social, como lo plantea Cifuentes (2012), que consiste fundamentalmente en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más diferenciadores. Por su parte (Egg, 2006), indica que el nivel descriptivo es una forma de producir información, que en este caso sirve para desarrollar el proyecto de investigación del derecho a la salud de NNA a partir de la práctica profesional de los médicos pediatras.

3.5 Método

Posteriormente se ejecutó el método etnometodológico, ya que éste permitió según (Landsheere, 1994) “estudiar los fenómenos sociales incorporados a nuestros discursos y nuestras acciones a través del análisis de las actividades humanas”. Por otro lado, este método tiene un interés en analizar las situaciones y estrategias que dan sentido a la vida cotidiana de los integrantes de una sociedad o por los miembros de determinadas disciplinas en su ejercicio profesional.

Dicho lo anterior, la etnometodología busca comprender las situaciones, experiencias y acciones de un colectivo social, en este caso permite analizar la vulneración de los derechos de los niños, niñas y adolescentes dentro del sistema general de salud actual desde la práctica profesional de los pediatras generales de la SCP.

3.6 Población ⁹

La población con la que se trabajó son 12 médicos pediatras pertenecientes a la Sociedad Colombiana de Pediatría.

3.7 Criterios de selección

Se definió a la población del estudio a partir de los siguientes criterios de selección, por tanto, participarán:

- ✓ Médicos pediatras
- ✓ Médicos pediatras hombres y mujeres
- ✓ Médicos pediatras que se encuentren en la regional Bogotá
- ✓ Médicos pediatras con diferentes tiempos de ejercicio profesional
- ✓ Médicos pediatras que ejerzan en diferentes áreas (Hospitalización, urgencias ambulatorio u otros)
- ✓ Médicos pediatras que ejerzan en el ámbito público y privado

3.7.1 Criterios de exclusión

Para la conformación de la población no se tendrán en cuenta:

- ✓ Médicos pediatras de otras regiones del país

⁹ En este caso fue importante realizar un formato de *consentimiento informado* a los doce pediatras a entrevistar, cuyo objetivo era informar sobre el proyecto y cuál era su finalidad, donde cada pediatra firmaba si estaba de acuerdo en pertenecer a este proyecto en conjunto con la SCP y la Universidad de la Salle.

3.8 Técnicas e Instrumentos

El instrumento que se llevó a cabo para la ejecución del proyecto de investigación fue la entrevista ya que según Fontana “permite la recopilación de información detallada en vista de que la persona que informa comparte oralmente con el investigador aquello concerniente a un tema específico o evento acaecido en su vida” (Frey, 2012, pág. 12). Por su parte, el tipo de entrevista acorde, es la entrevista semiestructurada, puesto que se obtiene la información relevante e importante para la investigación.

3.8.1. Entrevista semiestructurada¹⁰

Es un tipo de técnica de investigación cualitativa; éstas, “presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados.” (Laura Díaz-Bravo, 2013, pág. 41) En este espacio se pueden aclarar términos, ser más flexible a la hora de realizar las preguntas y obtener la información requerida y necesaria desde la práctica profesional de los pediatras de la SCP.

3.9. Categorías y subcategorías de análisis

Categorías	Subcategoría	Códigos
	- Noción del derecho a la salud	- Compresión de los pediatras sobre el derecho a la salud
	- Normatividad	- Suficiente Normatividad en la salud de

¹⁰ *Ficha técnica* el objetivo principal era recoger datos de información personal y profesional de los médicos pediatras pertenecientes a la Sociedad Colombiana de Pediatría Regional Bogotá y la *Entrevista Semiestructurada* permitió recoger información sobre el concepto del derecho a la salud de los NNA, a partir de los aspectos que rigen el sistema de salud colombiano teniendo en cuenta la práctica profesional de los médicos pediatras de la SCP.

Noción del derecho a la salud		<p>NNA, pero no se cumple</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer Políticas públicas de salud acorde al perfil epidemiológico de país - Cambios de la ley 100
	<ul style="list-style-type: none"> - Vulneración sobre el derecho a la salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Vulneración del derecho a la salud de los NNA indígenas y de zonas apartadas - Abandono del Estado en las zonas apartadas - Falta de vacunas en las zonas apartadas - Aumentos en casos de desnutrición en menores de 5 años en Bogotá - Aumento de mortalidad infantil en indígenas y zonas apartadas - Enfermedades y muertes evitables en Bogotá - Falta de programas de salud en zonas apartadas - Remplazo de médicos pediatras por médicos generales - Consulta espejo
Atención en salud	<ul style="list-style-type: none"> - Regímenes (contributivo-subsidiado) 	<ul style="list-style-type: none"> - Inequidad entre los regímenes subsidiado y contributivo. - Características de los regímenes (contributivo y subsidiado) - Características de la medicina prepagada - Vulneración del derecho a la salud en el sector público

		<ul style="list-style-type: none"> - Vulneración del derecho a la salud en el sector privado - Falencias en los dos sectores régimen contributivo y subsidiado
	- Barreras	<ul style="list-style-type: none"> - Demora en las citas - Demora en la accesibilidad en servicios pediátricos - Discriminación desde las eps - Barreras de acceso (atención, administrativas, económicas y geográficas) - Espera desmedida por la falta de camas
	- Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalezas del sistema de salud (programas de salud, ejecución de leyes) - fortalezas en la atención
	- Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de organización del sistema de salud - Cierre de servicios pediátricos - Cierre de camas pediátricas - Falta de personal médico y especialistas - Insuficiencia en la cobertura - Baja calidad en la atención - Insuficiencia en los medicamentos - insuficiencia en los insumos - Falta de equipos para la atención - insuficiencia de ambulancias

Garantía del derecho	- Determinantes sociales de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones económicas determinan el acceso y la calidad - Diferentes determinantes sociales que afectan la salud de lo NNA
	- Información y empoderamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de información de derechos a familias - Uso de mecanismos de protección de los derechos (tutelas. Quejas) - Falta de empoderamiento en la población
	- Auditoria seguimiento y control	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor seguimiento y control en lo público que en lo privado - Falta de rectoría del Estado en el sistema de salud - Falta de redes de servicio (hospitalario)
	- Corrupción en el sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Fugas de dinero - Corrupción en el sistema de salud - La salud como un negocio
	- Autonomía médica	<ul style="list-style-type: none"> - Limitación de la práctica médica - Afectación de la autonomía médica - Libertad en la autonomía médica - No reconocimiento de médicos pediatras por el sistema de salud - Dificultades en condiciones laborales de los profesionales en salud
	- Relación médico – pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de acciones (se identifica cuales

Práctica profesional		<p>fueron)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal no capacitado para atención de NNA
	<ul style="list-style-type: none"> - Formación médica 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de apropiación de médicos pediatras - Dificultades en la formación médica - Falta de formación en derechos a médicos pediatras

CAPITULO IV

A partir de las categorías establecidas anteriormente se entabla una discusión de manera descriptiva y analítica entre estas, con el fin de dar cuenta, cuál es la percepción del derecho a la salud, desde la vivencia de los médicos pediatras de la Sociedad Colombiana de Pediatría. A continuación, se exponen los principales hallazgos, teniendo presente que el derecho a la salud en esta investigación se concibe a partir de la atención:

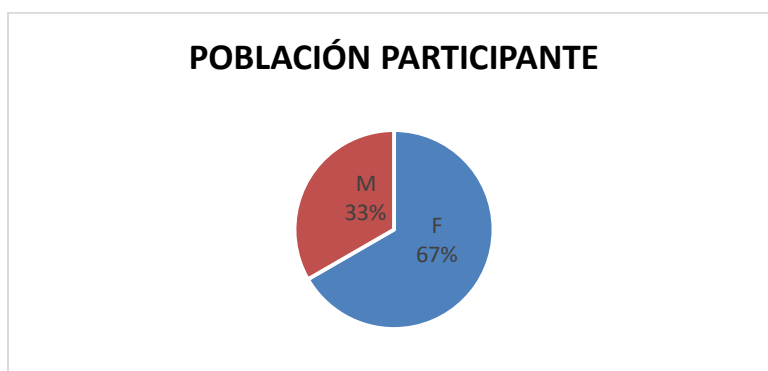
4.1 Caracterización de la Población

A continuación, se expondrán los datos correspondientes de los médicos pediatras a quienes se les realizaron las entrevistas, teniendo en cuenta los criterios de selección de la población establecidos anteriormente.

De los doce médicos pediatras entrevistados se describen los siguientes aspectos: sexo, sector en el que se desempeña, institución en la cual laboran, cantidad de servicios en los que laboran, fecha de graduación y tiempo de experiencia.

Se realizó una interpretación estadística, de tablas y gráficas, para dar paso al análisis e interpretación:

Gráfico 1. Sexo de los médicos pediatras



En relación al gráfico 1, lo que corresponde al sexo en médicos pediatras, se puede observar que el sexo femenino corresponde al 67% y el sexo masculino refleja el 33 % para un total del 100%.

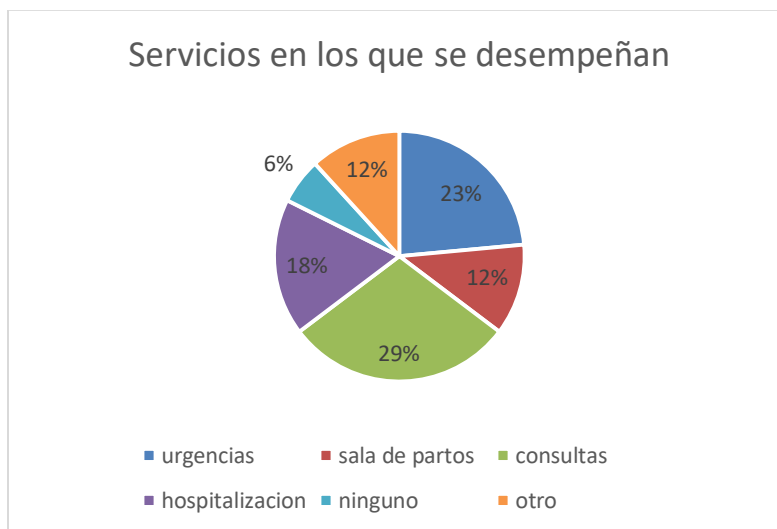
Grafico 2. Sector en el que laboran los médicos pediatras entrevistados



En relación con esta grafica 2. Se puede observar que el 33% de los médicos pediatras laboran en el sector privado, por su parte se visualiza que el 25% trabajan en el sector público y el 42% en el sector mixto, dando como totalidad el 100 % de la población.

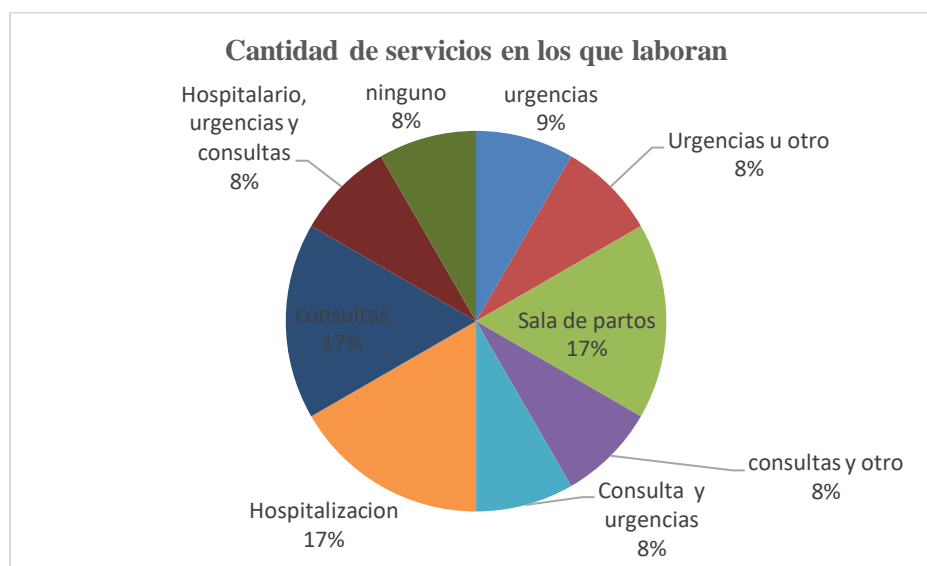
En relación con lo anterior permitió analizar que los médicos pediatras laboran en diferentes sectores, considerando que el mayor número de pediatras trabajan en el sector mixto, dando cuenta que su atención se lleva a cabo en instituciones públicas y privadas.

Grafica 3. Servicios en los que se desempeñan los médicos pediatras entrevistados



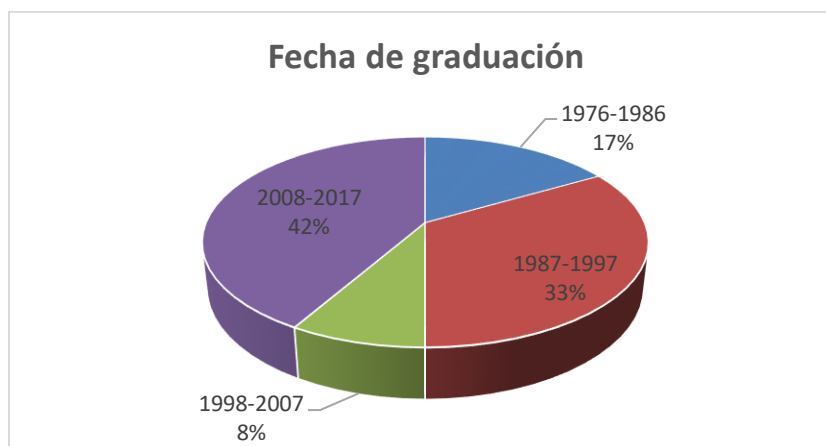
En relación con esta grafica 3. Se pudo evidenciar que el número mayor de servicios como es la consulta corresponde al 29 %, los siguientes servicios que le siguen son urgencias que corresponde al 23%, hospitalización con el 18%, sala de partos con el 12%, otros el 12% y ninguno con el 6% siendo el menor, por otra parte permitió entender que los mayores porcentajes de servicios donde laboran los médicos pediatras son : consultas, urgencias y hospitalización, por otro lado se pudo observar que donde existen menores porcentajes de servicios son : sala de partos, ninguno y otros.

Grafico 4. Cantidad de servicios en los que laboran los médicos pediatras entrevistados



En la gráfica 4, se evidenció que la cantidad de servicios en los que laboran los y las pediatras y que mayor porcentaje representan corresponde a consultas con un 17%, hospitalización 17% y consultas 17%, seguido de urgencias con un 9%. Así mismo, las doce entrevistas realizadas dan cuenta que el menor porcentaje de servicios en la atención de los NNA es en consultas y otro con un 8%

Grafico 5. Fecha de Graduación de los médicos pediatras entrevistados



En relación con la gráfica 5, se pudo identificar que el 42 % se graduaron entre el 2008 al 2017, el 33% se graduaron en el periodo de 1987 a 1997, y el que le sigue corresponde al 17 % del periodo de 1976 a 1986, el menor porcentaje corresponde al 8% que cubre el periodo de 1998 a 2007. En este caso se puede comprender que el tiempo menor de la fecha de graduación de médico pediatra corresponde en el periodo del 2007.

Grafico 6. Tiempo de experiencia de los médicos pediatras entrevistados



En relación con el gráfico 6, se pudo evidenciar que el número de pediatras con mayor experiencia corresponde al 42 % y se encuentran en el rango de 20 a 30 años, el que le sigue corresponde al 25 % y se encuentra en los rangos de 1 a 5 años y 6 a 10 años de experiencia; con menos experiencia encontramos el 8 % que se encuentran en el rango de 40 a 50 años. Es importante mencionar que el rango de 10 a 20 años y de 30 a 40 se presenta con 0% de pediatras con experiencia.

4.2 descripción y análisis de resultados

Teniendo presente las categorías construidas anteriormente, estas permitieron tener una mirada amplia sobre el derecho a la salud de los NNA desde el sistema de salud actual en Colombia, como se evidenció en la categoría noción del derecho a la salud en la que se

tuvo en cuenta los relatos de los médicos pediatras y se comprendió que el derecho a la salud es considerado como un derecho fundamental que a todo NNA se le debe garantizar, lo que concuerda con lo establecido en las leyes y políticas que rigen el sistema de salud, teniendo en cuenta que este derecho se relaciona con diferentes aspectos, como son el desarrollo físico, mental y social que intervienen en la vida de los NNA, lo que conlleva a dejar de lado que el concepto del derecho a la salud no es solo la ausencia de enfermedad, pues ya que este implica tener presente los determinantes sociales como vivienda, agua potable, nutrición y educación.

Por su parte, es importante recalcar que el derecho a la salud es un elemento primordial que garantiza el desarrollo de las capacidades y especialmente el de los NNA desde su integridad considerando las situaciones y condiciones a lo largo de su vida.

Sin embargo, este derecho en Colombia también es visto como un negocio puesto que existen ocasiones en las que no se respeta, lo que genera una fuerte corrupción en el sistema de salud, debido a que este, en Colombia se ha fundamentado bajo dinámicas de mercado como lo menciona Marcela Vélez: *“En el afán de ganancia, las entidades promotoras de salud (EPS) acuden a diferentes estrategias, entre ellas la negación de servicios a los pacientes, la restricción del acceso”*.

En este sentido la atención en salud se ve mediada a partir de los regímenes establecidos en el SGSSS, el cual unido a las dinámicas que establecen las EPS en donde no se presta un adecuado control y seguimiento de políticas y leyes a las entidades trae como resultado el incumplimiento de la norma, generando que estas acciones no sean visibles y que por lo tanto el derecho a la salud sea vulnerado en el sector público como en el privado; partiendo de que cada sector tiene características específicas que lo definen.

Es pertinente tener presente que esto suscita el mal servicio de salud, y la desviación de recursos, entre otros. Por ende, en estos se presentan barreras administrativas en tanto que las instituciones involucradas en prestar el servicio no tienen una adecuada coordinación. De igual manera en las barreras económicas se presenta que los precios para algunos medicamentos o tratamientos no son accesibles a la población, por su parte las barreras geográficas se dan a partir de la falta de cobertura y programas en zonas rurales y más en poblaciones apartadas; en este sentido estas barreras generan una deficiencia en la atención y calidad de los servicios en salud, partiendo que estas son las principales debilidades que los médicos pediatras perciben en el sistema de salud actual. No obstante, la población entrevistada reconoce que una de las mayores fortalezas del sistema de salud son los programas de vacunación, gestación y lactancia, embarazo adolescente y salud reproductiva. Además de esto, los pediatras consideran que lo establecido en las leyes aportan a su accionar profesional, sin embargo, a la hora de ejecutar estas acciones no responden a las dinámicas de las leyes establecidas.

Por ello se han llevado a cabo luchas como por ejemplo las “batas blancas” la cual tuvo como fin restablecer las condiciones laborales de los médicos en Colombia. Estas luchas han permitido mejorar e implementar programas de salud para así garantizar este derecho en los NNA, Es decir que, la garantía del derecho a la salud no le compete solo al Estado sino también la participación de la ciudadanía, pues la falta de información y empoderamiento genera en las familias un aspecto negativo que no permite garantizar los derechos de los NNA. En este sentido las decisiones que se tomen frente a la salud deben partir de las entidades que prestan los servicios, incluyendo en estas también a los profesionales de la salud.

Los aspectos mencionados anteriormente permiten entender que, si en el Estado colombiano no existe una buena y plena atención en la garantía del derecho a la salud de NNA, no existirán condiciones óptimas para realizar un buen ejercicio profesional en el área de pediatría. Partiendo de esto es importante reconocer que la práctica médica esta mediada directamente por la relación que existe entre el médico y el paciente, teniendo en cuenta habilidades, conocimientos y aptitudes que el profesional posee para brindar y garantizar una buena atención especialmente con NNA.

En este sentido se considera que la autonomía médica ha cambiado como consecuencia de leyes y políticas actualmente establecidas, generando consigo limitaciones en el accionar profesional, dejando como resultado una mala atención que vulnera el derecho a la salud de NNA de manera indirecta. Por su parte es importante resaltar que, en las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud, se ha visibilizado un cambio en la atención que repercute en la autonomía y práctica profesional como es el reemplazo que se ha establecido de médicos pediatras por personal no capacitado como enfermeras, auxiliares de enfermería y médicos generales, los cuales no cumplen con el conocimiento acorde para atender a la población de NNA.

Partiendo de esto, el rol fundamental del médico pediatra se ha diversificado, puesto que la formación médica no brinda elementos importantes que se deben tener en cuenta en el momento de ejercer la profesión como son, brindar el suficiente empoderamiento frente a derechos, deberes, leyes y políticas relacionadas con la salud y el contexto en el que esta se desarrolla.

4.2.1 Noción del derecho a la salud

Respecto a esta categoría, existen hallazgos significativos que permitieron comprender cómo el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes es visto desde la práctica profesional de los médicos de la Sociedad Colombiana de Pediatría, regional Bogotá; para ello fue importante tener en cuenta la noción del derecho a la salud, la vulneración del derecho a la salud y la normatividad.

A continuación, se presentará de manera descriptiva la categoría de noción del derecho a la salud.

4.2.1.1 Comprensión del derecho a la salud.

Para esta subcategoría se encontró que existen diversas nociones del derecho a la salud desde los médicos pediatras, cada noción parte desde la experiencia en el ámbito público o privado, esto nos permite entender que la noción puede variar según cómo se visibiliza este derecho, es por ello que se encontró que el derecho a la salud *“involucra todos los aspectos de la vida del ser humano y especialmente a los niños, niñas y adolescentes donde juega un papel importante en el desarrollo físico, mental y social (P12)”*. Este derecho conlleva a muchos aspectos importantes no solo en la vida de los NNA, sino de todas las personas en general. Este derecho puede garantizar los otros derechos de los niños.

Por su parte Orozco (2011) retoma a Canguilhem (1982) quien estableció que la salud más que un estado es un proceso continuo de equilibrio en relación a factores biológicos, medioambientales, socioculturales y simbólicos; que permiten potencializar los intereses del ser humano, esto permite entender que la salud es un elemento primordial que

garantiza el desarrollo de las capacidades y especialmente el de los niños, niñas y adolescentes desde su integralidad, teniendo en cuenta las situaciones y condiciones a lo largo de su vida.

Sin embargo, fue importante señalar que se encontró que la *“salud es vista como un negocio, muchas veces el derecho a la salud de los niños en Colombia no se respeta (P2)”*. Este derecho no se respeta porque existen disputas para el acceso, por parte de las Eps existe desarticulación y falta de organización en cuanto a los procedimientos, citas médicas y autorizaciones, *“una de las falencias que se visibiliza es que todo está escrito, pero nada se cumple (P1)”*, no existe un mayor control y seguimiento por parte del Estado lo cual genera dificultades y vulneraciones a este derecho especialmente en los niños *“cuando un sistema tiene varios actores , tienen que estar bien coordinados para que las cosas se den de una forma adecuada, pero cuando un actor falla repercute de manera directa en los niños (P1)”*.

Por otro lado, se encontró también que *“la salud se concibe básicamente como la ausencia de enfermedad y eso no debe ser así (P3)”* en este caso se resaltar que el derecho a la salud implica ver más allá, como lo retoma Esperanza Echeverry (2004), en Colombia lo que se ha evidenciado a través del tiempo es la ausencia de una experiencia histórica de vivencia de la salud como un derecho humano.

Es así como el concepto de salud está mal, ya que la salud implica un proceso biológico, que se conecta con fenómenos de orden social, cultural y político, los cuales superan el simple acceso a servicios de atención a la enfermedad, puesto que el derecho a la salud no se limita solo en la atención o enfermedad si no que para poder gozar de este derecho se debe contar con los determinantes sociales que son fundamentales para la vida del ser humano, es por ello que también *“ la salud implica todo un bienestar en el cual se*

debe contar con apoyo, confianza , oportunidad y pues lamentablemente en la sociedad no se está dando ya que para que tengas una buena salud debes tener una buena infraestructura, agua potable , vivienda y educación” (p3). Con ello podemos comprender que la salud no es solo la ausencia de enfermedad si no que esta comprende el poder contar con una nutrición adecuada para prevenir enfermedades a futuro, realmente en Colombia este derecho no se da porque existe desigualdad, en gran parte de la población de niños y niñas se presentan barreras de acceso como es el poder acceder a programas de promoción y prevención muchas veces en zonas apartadas no se hace visible estos programas es ahí donde el derecho a la salud realmente no se da.

Según el autor Daniel Antolínez (Hay que repensar la atención primaria en Salud en Colombia: Medicos Sin Fronteras), los departamentos con más desigualdad en atención en salud son: Cauca, Nariño y Caquetá, la mayoría de estos departamentos son afectados por el conflicto armado , generando así diversas situaciones, en donde la falta de acceso a la salud agudiza más el sufrimiento, un ejemplo claro es el 90% de las mujeres embarazadas no pueden acceder a controles prenatales, y lo que no hay en estas zonas es sensibilización y mayor cubrimiento, es por ello que muchas veces este derecho es vulnerado y más en zonas apartadas del país.

Por otra parte, como lo expone la autora Marcela Vélez (La salud en Colombia. Pasado presente y futuro de un sistema en crisis). La salud en Colombia ha presentado grandes falencias como la corrupción, pues la falta de toma de decisiones responsables, transparentes, eficientes y efectivas, afectan la prestación de los servicios en salud pública, lo que se ve reflejado en el desarrollo social y económico del país. Así mismo (Marín Molina Gloria, 2014) afirma que la gobernanza y rectoría de la política y de la gestión en salud pública colombiana, es débil e incierta puesto que se ve intercedida por aspectos del

contexto como “la política de descentralización, interferencia de partidos políticos y practicas clientelistas en la gestión en salud, reformas de modernización del Estado que redujeron el recurso humano y la capacidad humana (pág.168)” aportando a crear desequilibrio entre los actores que hacen parte del Sistema de Salud Pública. Esto sumado a la falta de capacidad por parte del Estado para ejercer control y vigilancia, genera dificultades intersectoriales e interinstitucionales en cuanto a la articulación y cooperación de las mismas dando paso a dinámicas de corrupción, una de las principales razones que hacen ver la salud como un negocio, mas no como una atención integral, donde el acceso a los servicios sea con calidad y oportunidad especialmente en los niños, niñas y adolescentes de Colombia.

Retomando las concepciones y lo encontrado en esta subcategoría de noción del derecho a la salud, se concluye que el sistema de salud requiere mecanismos de atención especializados y oportunos para los niños, niñas y adolescentes, puesto que son prioridad para el Estado, la sociedad y la familia. Por otro lado, es importante reconocer que el sistema de salud actual requiere un cambio estructural donde se cuente con oportunidades para acceder a un sistema donde no existan tantas barreras y mayor accesibilidad a los servicios de salud especialmente en zonas apartadas del país.

4.2.1.2 Normatividad

Para esta subcategoría se encontró que existe desarticulación entre lo establecido con las políticas y la realidad que se vive en el país, es importante retomar el Código de la Infancia y Adolescencia ley 1098 de 2006, el cual señala que *“Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico,*

psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad... ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud” (pág. 16). Con lo anterior se logra establecer que *“una cosa es el papel y otra cosa la realidad ya que es lo que realmente se vive día a día (P2)”*, en este caso es importante mencionar que existe desarticulación entre las EPS y el sistema de salud, ya que se sigue vulnerando el derecho a la salud del niño o niña, y se presentan dificultades en cuanto a la valoración o cita con el médico pediatra.

En Colombia se presentan barreras de acceso puesto que la EPS no autorizan la valoración por pediatra sino que autorizan para medicina general, asunto que no debe ser así *“ Todos los niños deben de ser vistos por el pediatra hasta 17 años, pero esto no se cumple después de los 10 años, tiene que pedir cita con el médico general y el médico general lo remite a pediatría y eso es un paso más que tienen en vez de ir directamente con el pediatra (P6)”*, con esto podemos comprender cómo las políticas están ahí pero sus acciones muchas veces no son visibles o no se ejecutan

Por otra parte, se retoma el artículo 49 que hace referencia al derecho a la salud y los servicios:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control” (pág. 69).

En relación a esta política se encontró que no existe mayor vigilancia y control por parte del Estado ya que existe deficiencia en los medicamentos e insumos, falta de servicios de subespecialidades, mal manejo de las EPS y desorganización, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Cabe resaltar que donde hay mayor problemática en cuanto a cobertura y servicios es en el régimen subsidiado y muchos de esos principios como la eficiencia realmente no se cumplen y se visibiliza en la baja calidad de los servicios.

Sin embargo, fue importante señalar que existen diferentes políticas que están ahí pero no se hacen visibles, como es el caso de las políticas públicas de salud que no están diseñadas en concordancia con el perfil epidemiológico del país, esto deja ver que existe poca evaluación y estudios sobre la mortalidad, morbilidad y factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo.

Esto permite entender que si no se tienen en cuenta las condiciones de la población no se puede ejecutar una política como está a menos que se estudien los determinantes de riesgo para la población como son los niños, niñas y adolescentes.

Para finalizar se resaltaron cuáles han sido los cambios con la ley 100 del 1993 y que ha beneficiado en el sistema de salud actual, por su parte se encontró que la ley 100 y la ley estatutaria lo que hizo fue definir algunos campos y generar un mayor soporte frente a los médicos para poder definir su conducta sin tener presiones de nada, *“en cambió las aseguradoras, los auditores lo que buscan es reducir el número de exámenes, médicos y procedimientos (PI)”* con esta implementación de la ley estatutaria 1751 del 2015 podemos evidenciar que existe baja calidad en los servicios y mayor autonomía médica, cosa que no pasaba *“antes de que implementaran la ley 100 y pues te tengo que decir en este momento si es verdad que todos los colombianos tienen derecho a la salud sin excluir a nadie”, pero*

si uno va ver no es así, la calidad en los servicios es pésima, se ha desmeritado, antes no existía que tuvieras que pagar cuotas moderadoras o copagos eso no existía, tampoco limitaban los medicamentos (P3) ”.

En relación con lo anterior se puede concluir que con ley estatutaria 1751 del 2015 existe mayor autonomía por parte de los médicos, pero en los servicios se han presentado dificultades como son las barreras administrativas, la falta de medicamentos, demora en las citas y procedimientos, en cambio antes de la ley 100 de 1993 había mayor accesibilidad a cualquier tratamiento o medicamento que necesitara algún niño o niña, con esto podemos llegar a una conclusión, que el sistema de salud debe analizar nuevamente las deficiencias que se están presentando tanto con las aseguradoras y las EPS, el Estado debe hacer mayor seguimiento y control a las políticas y leyes implementadas en el sistema de salud actual.

4.2.1.3 Vulneración del Derecho a la salud

Para esta subcategoría se encontró que existe vulneración del derecho a la salud tanto en la ciudad de Bogotá, como en las zonas apartadas del país, en un primer momento es importante contextualizar algunas cifras que según la Secretaria de Salud Distrital registró *1.479 menores de 5 años con problemas de alimentación, es decir, más de la mitad de los 2.864 niños que fueron reportados en todo el 2015.* El aumento de casos de desnutrición en menos de 5 años en Bogotá se ubicó en las localidades de Ciudad Bolívar (187), Kennedy (161) y Bosa (152) Por otro lado *“Una cosa importante es que hemos visto un aumento alto a casos de desnutrición en niños menores de 5 años, hay un incremento impresionante, por recursos y la parte educativa de los padres es de verdad que es muy difícil hacer un abordaje de estos casos, se notifican, se hace seguimiento, pero a la hora*

de la verdad no hacen evolución (P8)”. Esto permite entender que la política de protección de la niñez está fallando y el Estado no está garantizando que las familias cuenten con los determinantes sociales en salud, estos implican las fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen en la calidad de salud personal y especialmente el de los NNA

Respecto a esto es importante señalar que la mayoría de los casos de desnutrición son atendidos oportunamente pero no existe realmente un cambio en esta problemática, ya que las familias no cuentan con recursos suficientes para una nutrición adecuada en los niños y niñas de Bogotá, por su parte también se hace visible el aumento de mortalidad infantil en indígenas y zonas apartadas del país como lo demuestran las cifras anteriores.

La muerte de niños wayuu por problemas asociados a la desnutrición ha sido motivo de preocupación pública nacional, en el 2016 se registraron 82 muertes en menores de cinco años en La Guajira, de los cuales 40 fueron por motivo de infección respiratoria aguda, 23 por causas probables asociadas a enfermedad diarreica aguda y 19 por causas probables asociadas a desnutrición, esto nos permite comprender que es lo que realmente está pasando en las zonas apartadas del país, millones de niños mueren por enfermedades como la diarrea crónica, infecciones respiratorias y desnutrición aguda, estas enfermedades y muertes son prevenibles si se brinda la atención oportuna, pero lamentablemente el acceso a los servicios de salud en zonas apartadas es vulnerado: *“Es un derecho que se está vulnerando mucho, y más en zonas apartadas como el sector de Guainía y las zonas indígenas, todos los niños llegan con los derechos vulnerados, desnutridos, abandonados, con múltiples enfermedades, múltiples síntomas sin diagnosticar, sin vacunas, entonces a pesar de que acá en los centros grandes si se ha mejorado, en las zonas apartadas no. (P9)”*, en zonas apartadas del país muchos de los niños, niñas son atendidos en ciudades

como Bogotá , ya que no cuentan con centros de salud cercanos , es ahí donde se presentan barreras geográficas y administrativas, donde el derecho a ser atendido es vulnerado. Muchos de los niños que son remitidos no cuentan con un esquema de vacunación y un control de crecimiento y desarrollo, es aquí donde el Estado debe priorizar y generar programas de promoción y prevención como lo es” *de 0 a siempre, que fue un programa bueno en su tiempo, pero de todas formas uno no ve que se ve reflejado en la realidad de los niños , sobre todo de los más vulnerables que son con los que nosotros trabajamos (P2)”,* existe desconocimiento para la población, puesto que la mayoría de veces esos programas nunca llegan a lugares apartados del país es ahí donde este “ *derecho es vulnerado, ya que existen muchas debilidades en el acceso y como está constituido el sistema de salud en Colombia (P2)”,*

Una de las vulneraciones más fuertes e identificadas en este proyecto es la denominada “*consulta espejo*” la cual consiste en que “*colocan varios médicos generales a valorar los niños y supervisarlos por un especialista para verificar si está bien o mal, cosa que se supone que el niño tiene derecho a un acceso directo de un especialista para que lo vea y no médicos generales, en este caso se está vulnerando este derecho al poder acceder a una buena atención (P10)”,* en este caso vemos como se vulnera este derecho y como existen deficiencias en el sistema de salud y las EPS, ya que no existe un mayor control y seguimiento a estas prácticas médicas.

4.2.2 Atención en salud

El autor Luis Germán Cordero Muñoz (2016). Expone Que la atención en salud esta mediada por problemáticas que dificultan el acceso a la misma. Como los factores que predisponen a la población entre los que se encuentran las condiciones laborales,

sociodemográficas, creencias, lugar de procedencia, tipo de afiliación y funcionamiento de los servicios. Y problemáticas como las barreras en el acceso a la atención, las cuales evitan una atención integral y oportuna afectando el acceso a la salud. En este sentido se desarrolla esta categoría a partir de cuatro subcategorías que la componen.

4.2.2.1 Regímenes (contributivo-subsidiado)

En cuanto a esta sub categoría cabe resaltar que a partir de la ley 100 de 1993, con el fin de mejorar la calidad y cobertura en servicios de salud, se crea el Sistema General de Seguridad Social. Se compone de dos Regímenes de afiliación como lo menciona el Ministerio de salud y Protección Social (MINSALUD). El **Régimen Subsidiado**, se creó para afiliar a la población vulnerable o sin capacidad de pago económico, y por medio de un Subsidio de Salud que ofrece el Estado, tener acceso al derecho fundamental de la salud. El **Régimen Contributivo**, se creó con el fin de afiliar a personas con vinculación laboral, trabajadores formales e independientes, pensionados y sus familias es decir personas con capacidad de pago de esta manera se vinculan al SGSSS por una cotización o aporte económico individual y familiar. En este sentido los hallazgos evidenciaron que se presentan falencias en los dos regímenes de afiliación, que generan inequidad entre los mismos puesto que el porcentaje de personas que pertenecen al régimen contributivo es mucho menor al de las personas que pertenecen al régimen subsidiado.

Entre las falencias mencionadas se encontraron dificultades para hacer procedimientos, pues los usuarios tienen una oferta de atención dependiendo la Entidad Promotora de Salud a la que estén afiliados, se hace la diferencia, a partir del nivel que sea la misma, en este sentido la EPS atiende personas de su mismo nivel, dejando por fuera las

que no pertenecen a este. Tener en cuenta el tipo de EPS al que está afiliada una persona, genera una diferencia en el tipo de atención y el servicio que se le ofrece.

Partiendo que hay lugares de trabajo en donde se cuenta con las condiciones adecuadas y hay otras donde no y más aún en zonas apartadas. Esto implica que se vulnera el derecho a la salud, en donde la población mayormente afectada son las personas vulnerables quienes para acceder al mismo, deben afiliarse al régimen subsidiado en donde hay limitación para los servicios de salud, cosa que ocurre en menor medida en el régimen contributivo pues se menciona que hay inequidad en la garantía de este derecho porque como lo hace ver el (P10) *“el régimen subsidiado está quebrado y eso se vuelve un círculo vicioso porque si este no le paga al hospital, el hospital no le paga a los trabajadores y así duran dos o tres meses sin sueldo y por eso es que se quiebran.”* Esto genera que las condiciones entre los dos regímenes no sean las mismas, dejando claro que a pesar que no son las mismas condiciones, en ninguno de los dos se da una atención de calidad, pero si se intenta dar una mejor atención en uno que en otro, puesto que el factor monetario que se aporta en uno de los dos regímenes influye notoriamente.

En el documento *“Inequidades en el acceso al sistema general de seguridad social en Colombia* “los autores Salomón Guerrero y Johanna Trujillo, mencionaron que en el país se evidencia exclusión en cuanto a salud, pues partiendo de la regulación del sistema en la que se dan violaciones a las obligaciones constitucionales, conlleva a la negación de la salud por parte de las aseguradoras. Esto que mencionan los autores se ve reflejado en la inequidad que también mencionan los pediatras, pues desde las mismas EPS se genera exclusión en la atención, dependiendo la eps con la que contrata el paciente favoreciendo más a unos que otros. Como se ve en el comentario del (P4) *” A veces las mismas clínicas,*

los mismos sistemas, los mismos médicos, dicen como bueno si tú eres de tal eps yo no te recibo porque simplemente esa eps no me paga entonces yo más bien...” esto sumado al hecho que el estar afiliado a una eps específica establece características y limitaciones.

En cuanto a estas características que definen cada régimen se encontró que en el contributivo por el aporte económico que realizan las personas afiliadas a este, se les da una mayor importancia, pues cabe aclarar que las personas afiliadas son personas de diferentes estratos socioeconómicos, lo que genera diversidad en la población. Por el contrario, en el régimen subsidiado es donde más problemas hay para adquirir un servicio de salud, llevando a los hospitales a la quiebra como mencionábamos anteriormente. Generando en consecuencia, vulneración del derecho a la salud.

4.2.2.2 Barreras

Para esta subcategoría se encontró que es importante establecer que existe un desorden administrativo en el sistema de salud. Lo cual se ve reflejado en la narrativa de los pediatras, pues ellos mencionan que dicho desorden altera el funcionamiento de las entidades involucradas en prestar un servicio de salud y genera que no se cubran completamente los requerimientos de los pacientes.

Es necesario tener presente que este es un sistema en donde influyen varios actores, los mismos deben estar muy bien coordinados porque de lo contrario quienes se ven afectados por la falta de organización son los pacientes, generando en ellos una vulneración de sus derechos y confusión frente al servicio que se presta. En el acceso a la atención en salud existen factores o barreras que predisponen el acceso a la misma, esto, afecta a toda la población de diferentes formas, cabe aclarar que dichas barreras no afectan igual a niños

sanos que presentan algún problema de salud que puede ser tratado y a corto plazo no representa mayor peligro, pero que a largo plazo si lo puede generar. Que a niños diagnosticados con alguna enfermedad que afecta directamente su vida y necesitan de atención prioritaria.

Como se menciona, el desorden que existe en el sistema de salud desarrolla una serie de dinámicas que terminan generando barreras en el acceso y por ende en la atención. En la investigación *“barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los servicios de salud colectiva de la localidad de Usaquéen”* del año 2016, recogida de los antecedentes del presente informe, la autora retoma a Hirmas Aday y colaboradores (2013), quienes consideran que las barreras y los facilitadores de acceso son transversales dependiendo la población, los países y las patologías. Por otra parte, se encontró que existen diversas barreras como son; administrativas, geográficas, tecnológicas y económicas que se presentan en la mayoría de los contextos sociales en mayor o menor medida dependiendo el contexto.

En cuanto a estas barreras que afectan la atención, las más pronunciadas son las barreras económicas y las administrativas, puesto que ellas generan que no se brinde una adecuada salud a los pacientes por parte de los médicos. En cuanto a las barreras administrativas, se encontró que hay instituciones donde se cuenta con personal médico de excelente calidad y las barreras del sistema no permiten brindar una atención adecuada. Generando así mayor afectación en una población de especial protección como son los NNA. Las barreras económicas se reflejan específicamente en pacientes que necesiten de insumos como medicamentos de alto costo. Pues debido a ello los pediatras se ven limitados en recetar medicamentos a los cuales la población no podrá acceder,

especialmente en poblaciones de estratos 1 y 2 en donde los centros de salud atienden a familias de escasos recursos, que viven en condición de pobreza o desplazamiento y el acceso a los servicios de salud es muy limitado.

En el sistema de salud como lo mencionó el (P2) *“hay muchas trabas como lo son las autorizaciones, ya que casi siempre colocan problemas a las citas y exámenes para los pacientes”* Lo cual es una barrera que afecta en gran medida a niños o familias con niños o adolescentes que padecen enfermedades que afectan directamente su vida, pues las EPS muchas veces demoran en entregar medicamentos y en autorizar citas, para pacientes ya hospitalizados que requieran de algún tratamiento. Por ende, el paciente debe ir de una institución a otra para conseguir la autorización y si no se consigue debe repetir todo el proceso. Por estas demoras las ordenes que se les da a los pacientes se vencen antes de que ellos puedan hacer uso de estas, también para que se les autoricen medicamentos o valoraciones de subespecialistas, las cuales mencionan son difíciles de conseguir y genera que no se realicen procedimientos, por ende, quedan faltando algunos aspectos los cual generan una afectación y vulneración a su derecho a la salud y retroceso en la misma.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se suman las barreras de orden geográfico, en el interior de una ciudad como Bogotá de una zona a otra, como el desplazamiento de una ciudad o municipio a otra ciudad o municipio de residencia de las personas que requieren un servicio de salud. Así se hace aún más lejano el acceso, como menciona el (P10) *“hay lugares de Colombia que para que un niño pueda adquirir un tratamiento o lo atienda un especialista deben traerlo a Bogotá porque... ósea vienen desde el Amazonas porque cerca no hay nada más”* existen grandes distancias en el lugar

de residencia y los centros de salud en las poblaciones rurales que están muy dispersas en una geografía compleja, en donde trasladarse no es fácil por lo costoso que se hace.

Lo mencionado desencadena negligencia en la accesibilidad. Las autoras de la investigación *“Revisión documental en el acceso a los servicios de salud que afrontan los niños y niñas de 6 a 12 años diagnosticados con cáncer en Colombia 2005 – 2012 Bogotá D.C”* señalaban que existen aspectos que predisponen a la población para el acceso de los servicios de salud, lo cual se corroboró en las narrativas de los pediatras entrevistados, puesto que en la atención para niños con cáncer o que padezcan alguna enfermedad, es necesario tener en cuenta los tiempos de atención en el momento adecuado, en lugar de esperar hasta que se tramite una autorización, por ende se menciona la importancia o necesidad de un programa que priorice la atención de niños con enfermedades como el cáncer, con el fin de que se diagnostique y se pueda atender a tiempo, pues estos niños reciben en muchas ocasiones servicios básicos pero en el momento que requieren de exámenes más elaborados quedan a merced de las EPS, generando demora en las autorizaciones para el acceso y la atención de servicios pediátricos o citas con especialistas.

En este sentido los médicos se ven en la situación de no poder pedir exámenes a todos los pacientes que atienden porque estos no serán autorizados y cuando lo son se genera demora para acceder a ellos, pues los pacientes deben esperar una gran cantidad de tiempo como menciona el (P4) *“Como mandan a un niño para un electro hasta noviembre 24, eso sí me esta conmoviendo, pero el sistema le da las citas así, pues el sistema lo va a ver en noviembre 24, pero un mes y medio después para que... entonces hay muchos ejemplos”* cabe aclarar que este ejemplo sucede con las eps donde aparentemente hay mayor cubrimiento del derecho a la salud. Una vez las personas logran acceder al servicio

encontramos que se ven sujetos a una barrera más y es la espera desmedida por falta de camas, ya que los niños pueden durar en urgencias entre un día o 12 días, esperando ser trasladado a una cama de otra eps que le pueda prestar el servicio y no las hay o si las hay, barreras como las mencionadas anteriormente como autorizaciones y demás, generan que no se realice el traslado.

4.2.2.3 Fortalezas

Posterior a lo que se ha venido mencionando lo cual no ha sido un panorama muy favorable, hay que mencionar que dentro de los hallazgos se encontraron fortalezas del sistema de salud, las cuales hacen referencia a programas implementados, ejecución de leyes entre otras. Cabe aclarar que cuando se ejercen cargos directivos se logran mejorar las condiciones lo que evidencia una fortaleza en la atención sin embargo, esto no se da en todos los centros de salud, en algunas de las instituciones de salud en las que se da se logra prestar un servicio adecuado, pues un pequeño porcentaje de los pediatras trabajan en medicina prepagada, donde se evidencia que se puede tener una atención con calidad, sin embargo esta se brinda a un pequeño porcentaje de la población desde donde se plantea la visión que la imagen del médico pediatra cambió a lo largo del tiempo para obtener una mejor posición o “posición privilegiada, si se puede decir así” en palabras del (P5). Pues como lo menciona el pediatra quien afirma que *“en relación con la ley estatutaria considero que esta ley protege la autonomía médica, pero yo creo que todos los médicos estamos en un sistema donde todos ponemos y somos responsables de todo, tanto el sistema como los pacientes”*.

Es necesario aclarar que cada persona que hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tiene derechos y obligaciones, ambas se pueden ver

limitadas o privilegiadas por el lugar que ocupe en dicho sistema, para ser más precisos estas cambian dependiendo la posición que se ocupe como un cargo alto o importante, una eps, un paciente o un médico.

En cuanto a las leyes, una vez se implementó la ley 100 de 1993 esta permitió la oportunidad de cobertura al servicio de salud a casi un 98% de la población para ese entonces. Por su parte la aprobación de la ley estatutaria 1751 de 2015 contribuyo a que cambiara la concepción de la salud, pues permitió que la salud dejara de verse y percibirse como un servicio de oferta y demanda para ser un derecho fundamental, esto cambió en lo escrito como se menciona anteriormente, pero no se ejecuta en la realidad puesto que lo establecido allí no se cumple, generando barreras como las ya mencionadas. Una fortaleza que se encontró es que hay instituciones como Capital Salud que como lo menciona el (P6) *“hoy en día los pacientes ya no tienen que tener autorización para pedir cita con el pediatra, sino solamente se pide la cita con el pediatra y se las dan. Ya es un escalón menos que tienen que pedir”* la barrera continua, pero en menor medida siendo más exequible o con un escalón menos por subir. Dando esto a entender que, si se intenta que el sistema sea más funcional. Cabe aclarar que una vez cruzada la barrera y las trabas impuestas, los médicos logran cumplir con sus funciones y los pacientes consiguen un servicio en salud.

Por su parte, la implementación de programas como vacunación, la cual *“es una de las más completa que hay, es muy buena”* (P10) estas han aportado a disminuir patologías y se han vuelto exequibles y un derecho con el que no se contaba. Otro programa es el que brinda ayuda a las adolescentes en embarazo exequible el cual tiene aspectos que se pueden rescatar, de esta manera en el informe “vacunación: logros del gobierno” mencionan:

El esquema de vacunación de Colombia es uno de los más completos y modernos de América Latina, cuenta con 16 vacunas para el control de 19 enfermedades: tuberculosis, hepatitis B, poliomielitis, difteria, tos ferina, tétano, meningitis, neumonía, otitis y otras infecciones bacterianas causadas por neumococo; enfermedad diarreica aguda, influenza, hepatitis A, fiebre amarilla, sarampión, rubéola, parotiditis y cáncer de cuello uterino causado por el virus del papiloma humano. Durante este Gobierno se universalizó la vacuna contra el neumococo y se introdujeron las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH), la hepatitis A y la DPT a celular para gestantes (con el fin de disminuir la mortalidad por Tos ferina en niños). (MINSALUD, pág. 1)

A estos programas se suma que una vez nace una persona se hace una valoración al paciente, se le hacen exámenes básicos y se piden controles respectivos dependiendo la edad y etapa en que se encuentra cada uno, cabe aclarar que se dan en centros grandes mas no en zonas apartadas del país.

Teniendo presente que a lo largo del curso de vida de una persona influye en gran medida la nutrición y más aún en la etapa de la infancia para la cual se crearon planes nutricionales, pero estos se dan más en el sector público en donde a los niños con problemas de nutrición el Estado les brinda un aporte nutricional. Otro plan en cuanto a la nutrición es **(De 0 a 5 años)** es un programa bandera del Ministerio de Salud que se aplica en los hospitales en donde enseñan a la madre la importancia de la leche materna para su hijo.

Un último programa o nueva iniciativa que se mencionó fue la implementación de plataformas como MIPRES que como lo describe (P1) *”el MIPRES es una formulación donde usted soporta que le va colocar al paciente y como es la condición del paciente, lo llena y a través de un sistema con el Ministerio, el Ministerio le dice :doctor hemos*

recibido la comunicación y le damos vía libre a la autorización, hay otras que no están en la lista o que de acuerdo a la junta médica se analiza que es lo mejor”. Dicho de otra manera, esta es una plataforma del Ministerio de Salud, en el cual los profesionales de la salud realizan prescripción de medicamentos y procedimientos médicos.

Esta plataforma deja de lado los Comités Técnicos Científicos (CTC) quienes aprueban los medicamentos que no se encuentran en el Plan Obligatorio de Salud (POS) que como se menciona en el artículo (Plataforma MIPRES, todavía en el limbo) MIPRES entro a suplir los CTC, ya que éstos se consideraban una barrera en el servicio de salud y ponían en duda la autonomía de los médicos, en el artículo, la autora menciona que según explico Álvaro Rojas de la Oficina de Administraciones de Fondos del Ministerio de Salud “Desde 1º de marzo 2016, Mipres será el único mecanismo a través del cual los profesionales pueden prescribir los servicios no POS para el contributivo. La idea es que todas las IPS se vayan vinculando de manera gradual y no esperen hasta ese día para hacer el cambio” pues la autora del artículo menciona que ésta fecha de implementación no es acorde, puesto que aún quedan dudas sobre la plataforma en cuanto a la convicción que tengan quienes la van a usar para prescribir y su funcionamiento. Como lo menciona (P6) *“y entonces es que, si vemos demoras, normalmente haciendo aquí todo el diligenciamiento de medicamentos y documentación eso ya cuando se meta en el Ministerio sería mucho mayor y la dificultad para que entreguen los medicamentos seguramente será mayor”* lo que deja ver que mientras para unos es una fortaleza para otros es una barrera más.

Para ir finalizando la subcategoría sobre las fortalezas del sistema como se mencionó anteriormente, las leyes colocan a la salud como un derecho fundamental y

prioritario en la infancia sobre otros derechos de los niños, es interdependiente. El que se establezca así es una importante fortaleza porque protege aspectos fundamentales de la vida, y hace que en el sistema se tenga atención, prevención y promoción de la salud, la cual debería partir de la interdisciplinariedad, la integridad de los servicios que se les ofrece a los niños pero el problema de estas es que no se cumplen a cabalidad y no se conocen por completo en la población, lo que genera que haya personas a las que les va muy bien y haya otras a las que les va muy mal.

El último punto favorable que se mencionó, que existe en el sistema pero no se da a partir del mismo o desde el Estado, es las importantes luchas que lideran y realizan las diferentes organizaciones constantemente generando acciones, como menciona el (P11) *“por ejemplo con la pelea que se tiene con respecto a la sociedad pediátrica con respecto al cierre de camas de pediatría y también con respecto a concientizar a la población acerca de lo que está pasando con la población infantil con sus derechos”* y *“una de las grandes fortalezas a nivel de Latinoamérica es el programa de vacunación, pero cuando tu revisas efectivamente el programa de vacunación es un esfuerzo de grupos de enfermeras, grupos y sociedades científicas que presionaron eso”* lo que lleva a concluir que existen programas que fortalecen el Sistema de Salud de Colombia pero sin un fuerte apoyo del Ministerio de Salud o la Secretaría estos son muy lentos o no generan el impacto esperado.

4.2.2.4 Debilidades

En cuanto a las debilidades encontradas la falta de organización del Sistema de Salud genera una cantidad de aspectos negativos como lo menciona el (P7) los cuales *“Afectan en primera instancia la salud de los niños y niñas, y segunda instancia afecta nuestra práctica médica”* Dejando ver que no se están teniendo en cuenta los derechos de

los niños, establecidos en las leyes respecto a la salud. En relación con lo mencionado se aclara que no se integran las acciones principales que son la promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación, las cuales están contempladas en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que defiende el derecho a la salud, lo que hace que se dé un rompimiento en los procesos establecidos con algunos pacientes.

Otro punto es la insuficiencia en la cobertura pues como se mencionó anteriormente existen programas o planes a los cuales solo se les cambia de nombre mas no se mejoran, esto genera que las cosas cambien de forma muy mínima, por ende, los pacientes realmente no tienen un mayor cubrimiento o atención. Una debilidad grande frente a estos programas es que no son suficientes y como también se mencionó no generan el impacto adecuado *“tampoco se detallan en cuanto a la cobertura de vacunación, las tasas de mortalidad, las tasas de morbilidad, el control prenatal, consulta de crecimiento y desarrollo , eso no lo miran, por ejemplo la salud mental es algo que es fundamental y es olvidado, donde están los programas , tenemos mucho por hacer”* (P7), cabe aclarar que algunos programas de los que están establecidos a pesar que estén bien estructurados, al no cubrir a toda la población no generan el impacto adecuado.

Seguido lo anterior, respecto a los programas no establecidos o pacientes que no son cubiertos por programas ya establecidos, son las familias de los niños o adolescentes, quienes deben conseguir el dinero por cuenta propia para tener un servicio de salud o de lo contrario no puede acceder al mismo, como menciona el (P2) *“hay ciertos programas como son de 0 a siempre, fue un programa bueno en su tiempo, pero de todas formas uno no ve que se ve reflejado en la realidad de los niños sobre todo de los más vulnerables que son con los que nosotros trabajamos”* Es por ello que es necesario tener presente que la salud

va más allá de un servicio prestado por parte de una o unas instituciones, el cual se requiere un trabajo en red, teniendo en cuenta lo encontrado se considera que ha sido traumático para todas las instituciones, en algunas más que en otras, puesto que ha sido algo poco estructurado en lo que las personas que trabajan allí tengan que limitarse a seguir ordenes sin ningún reclamo, lo que hace que prevalezca el interés de generar mayor ganancia económica de las entidades prestadoras del servicio o EPS. Y si a esto se suma que el sistema refuerza una acción para dar paliativos a los problemas en lugar de proponer soluciones a las situaciones que se presentan, como por ejemplo en la atención, en donde se da una pastilla o un antibiótico para que una persona se mejore sea cual sea el problema que le afecte, pero no se tratan los problemas de fondo, los cuales son en realidad temas como la nutrición, el trato, el cuidado de una familia, la posibilidad de hablar de derechos sexuales y reproductivos que garanticen un verdadero derecho a la información y a la anticoncepción. Estos temas son todo un engranaje; si se articulan entre ellos y entre la educación de la población y las políticas establecidas aportan a validar el derecho a la salud y generan bienestar especialmente en la población infantil y adolescente.

Continuando con las debilidades encontradas se mencionó que la calidad en la atención a desmejorado en gran medida por razones ya mencionadas en el presente documento y se suma que a partir de que las aseguradoras y auditores de sistema reducen el número de exámenes médicos y procedimientos, generando detrimento en la calidad de los servicios y por ende en la salud. Por otro lado, la falta de médicos y especialistas también ha menguado la calidad en la atención, como menciona el (P7) *“el sistema de salud, prácticamente quiere que atendamos los pacientes de manera rápida, y por ejemplo aquí debería haber más personal médico, más especialistas, es que aquí se atiende subsidiado y*

contributivo”, permite ver que se necesita más médicos y especialistas para atender casos específicos que se presentan en todos los sectores de la salud, sobre todo cuando se trata de subespecialidades, servicio en el cual hay menos gente y es más difícil acceder a él. Como por ejemplo en el Hospital el Tunal donde menciona el (P1) *“se evidenciaba que los pacientes se veían afectados por que las IPS no contaban con suficientes especialistas y las condiciones de trabajo no eran óptimas”*. Esta situación no ocurre en todos las IPS y centros de salud de la misma manera, varía dependiendo las necesidades que hay en cada uno.

Es así, que las insuficiencias reiterativas en la investigación fueron falta de: medicamentos, insumos, ambulancias, equipos para la atención y el cierre de servicios pediátricos, por ende, de camas pediátricas. Siendo absurdo que en casos de personas con enfermedades que afectan gravemente su vida las Eps nieguen o no autoricen medicamentos, por ejemplo, en casos como (niños con problemas compulsivos, adolescentes con lupus, con epilepsia, con patologías graves, diabéticos, pacientes con discapacidad cognitiva y motora) las cuales fueron las más mencionadas por los pediatras. Debido a que se les niega el medicamento en el tiempo que lo requieren, muchas veces estas personas deben reintegrarse al centro de salud o al lugar donde les prestan el servicio y deben mantenerse en una estancia prolongada para que se les haga entrega del mismo. Claro está que esto no ocurre en todos los lugares, depende también de las características de la entidad, el servicio que se preste y el déficit que tengan.

En cuanto a la deficiencia en las ambulancias menciona el (P4) *“Si usted necesita trasladar a un niño de un clínico intensivo en Bogotá, en una ambulancia si no está en la EPS que tiene la ambulancia medicalizada y con el ventilador el niño no puede*

transportarse, entonces son cantidad de problemas que uno encuentra en el sistema de salud”, a ello se suma también que la pediatría no es rentable para el sistema de salud Colombiano porque menciona el (P11) “la pediatría es algo de promoción y prevención, es algo que no se ve sino a largo plazo o sea no es que, dé ganancias económicas sino que esas ganancias se van a ver a largo plazo cuando ese niño sea adulto, no en ese momento que eso es lo que no ve muchas veces el gobierno”, la pediatría busca evitar que el niño se enferme, mientras que el sistema de salud privilegia la enfermedad sobre la salud , lo que genera que se den el cierre de servicios y camas de pediatría y suceden cosas como las que menciona el (P6) “por ejemplo hospitales que tenían un buen servicio de pediatría, por ejemplo Hospital de Kennedy, Hospital Palermo, tenían buenos servicios de pediatría que por la crisis de salud y del sistema tuvieron que modificar sus servicios o disminuyendo el número de camas o cerrando su servicio de hospitalización y eso es un problema porque no solo disminuye la oferta sino que aumenta la demanda en los otros hospitales”. Estos recortes presupuestales tienen en su gran mayoría desventajas pues como menciona el (P8) en casos como “pacientes especialmente de discapacidad negando transportes, negando consultas domiciliarias, antes estaban contemplados y facilitando ahora hay muchos pacientes que estaban en esos recursos”. En este sentido el cierre de camas y servicios sea probablemente la debilidad más grande que hay en cuanto a régimen privado y público.

4.2.3 Garantía del derecho a salud

Para dar inicio con esta categoría, se hizo énfasis en cómo se contempló la garantía del derecho en la atención a partir de las leyes y políticas que rigen la salud en Colombia.

La sentencia 760 de 2008 considera que para la garantía del derecho a la salud la tutela es una herramienta importante para su goce efectivo teniendo en cuenta que la salud

es un derecho fundamental que tiene conexidad con la vida “...que se deriva de un derecho constitucional y es exigible por vía de tutela” de este modo la Corte constitucional ha establecido que “...hay órbitas de la protección del derecho a la salud que deben ser garantizadas por vía de tutela, por la grave afección que implicarían para la salud de la persona y para otros derechos.” (pág. 152).

En vista de lo anterior, la acción de tutela es una herramienta que protege el derecho a la salud cuando esta haya sido vulnerada por el sistema de salud; cabe recalcar que la sentencia 760 de 2008 considera que el Estado es un actor transcendental a la hora de garantizar este derecho, a través de políticas públicas que aporten al goce efectivo del derecho a la salud, es por ello que la Corte constitucional hace énfasis en que:

“por el hecho de tratarse de garantías que suponen el diseño e implementación de una política pública, el no haber comenzado siquiera a elaborar un plan es una violación de la Carta Política que exige al Estado no sólo discutir o diseñar una política de integración social” (pág. 154).

Es decir, que las políticas públicas deben ser diseñadas acorde a las necesidades de la población, acompañadas de acciones reales y concretas como lo menciona la sentencia 760 de 2008. Por su parte también establece que “el Estado, en tal sentido es claro que éste no está obligado a garantizar que toda persona goce, en efecto, de ‘buena salud’, sino a garantizar “toda una gama de facilidades, bienes y servicios” que aseguren el más alto nivel posible de salud” (pág. 154)

En este orden de ideas la garantía de la salud como derecho fundamental y la protección de este, en la sentencia 313 del 2014 como base para la elaboración de la ley

estatutaria de salud de 2015, contempla que, para la garantía del derecho a la salud, se deben tener en cuenta mecanismos de protección como:

“participación en las decisiones del sistema de salud, las redes de servicio del sistema de salud, la prohibición de la negación de la prestación de servicios de salud, las prestaciones de salud integrales, acción especial de nulidad en salud, y el procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales en salud.” (pág. 23)

En otras palabras, la garantía del derecho a la salud no le compete solo al Estado, sino que también se requiere de la participación de la ciudadanía en las decisiones que se tomen frente al tema, a entidades privadas que prestan los servicios de salud y a los profesionales de la salud.

Por su parte la sentencia 313 de 2014 hace énfasis a los sujetos de especial protección como son los NNA, los cuales “gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención. (pág. 152)

De este modo, la garantía del derecho a la salud abarca una serie de percepciones, que permiten analizar la situación de salud en Colombia a partir de las leyes y políticas que rigen el sistema de salud, desde la práctica profesional de los médicos pediatras de la Sociedad Colombiana de Pediatría regional Bogotá. Es así que se tuvieron en cuenta cuatro subcategorías las cuales fueron claves a la hora de construir este apartado: determinantes sociales de salud, información y empoderamiento, auditoria seguimiento y control y

corrupción en el sistema de salud, para el análisis de la garantía del derecho a la salud de los NNA.

4.2.3.1 Determinantes sociales de salud

Los determinantes sociales de salud son las inequidades que condicionan el estado de salud de las personas, razón por la cual el sistema de salud en los dos regímenes debe llevar a cabo un plan de acción que contribuya a la mejora de los determinantes sociales en los que se evidencie el más alto nivel de salud posible de los NNA, como se menciona en la sentencia 313 de 2014 “Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida” (pág. 96).

Sin embargo, siguiendo lo anterior se encontró que las condiciones externas en las que viven los NNA como lo son vivienda, alimentación, agua potable entre otros, influyen de manera directa en la salud, como bien lo expresaron los pediatras en las entrevistas, (P7) *“porque no solo es el hospital, también se encuentran las condiciones en las que los pacientes viven, muchos de los que atendemos aquí viven en situación de pobreza, en desplazamiento por ejemplo, y los niños de esta población son más vulnerables porque llegan con un alto grado de desnutrición”* En este punto, la garantía del derecho a la salud no corresponde solamente al sector salud, sino también hace parte de la participación del Estado en la acción de políticas públicas para el bienestar social y el desarrollo humano, es decir, comprender la salud más allá de la enfermedad y que implica aspectos de orden económico, político, cultural y ambiental.

Cabe resaltar que la OMS define los determinantes sociales de la salud como “...las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (Salud O. M., 2015). Estas circunstancias hacen parte del poder y los recursos a nivel nacional y local.

Igualmente en las entrevistas se contempló que el agua potable, los ingresos y la disponibilidad de alimentos influyen en la salud de los NNA ya que, la población en las que sus condiciones son satisfactorias tiene una baja probabilidad de contraer una enfermedad como es mencionado *“una condición favorable en educación, en ingresos, en nutrición pues van a tener una buena salud, inclusive van a prevenir enfermedades, que se están dando en poblaciones más vulnerables y que no se están garantizando”* (P1). Esto permite entender que la salud en Colombia de los NNA depende de los ingresos, la educación, alimentación, vivienda, que tengan sus familias, y a la vez la carencia de éstas como afectan la salud de los NNA, que viven en situación de pobreza, con difícil acceso a estos derechos que se vulneran desde su nacimiento y no se les garantiza por el simple hecho de tener ciertas condiciones de vida.

En síntesis, los determinantes sociales de salud son factores que inciden en el bienestar físico y mental de los NNA, por ello, los servicios de salud deben ser parte de una serie de acciones que busquen entender las condiciones de los NNA desde la prestación del servicio de salud a partir de los regímenes. En el documento del Ministerio de Salud llamado (Orientaciones para el desarrollo de Jornadas de Salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC, 2015) establece que el fin de estas jornadas “...es el despliegue de un equipo interdisciplinario para garantizar el acceso de la población, ubicada prioritariamente en áreas rurales, a los servicios de salud individuales y

colectivos.” Entre estas acciones están actividades informativas para las familias y las comunidades, dando cuenta de la importancia del empoderamiento de los derechos como parte de la garantía de la salud de los NNA; por consiguiente, se da paso a la siguiente subcategoría.

4.2.3.2 Información y empoderamiento

En los relatos de los pediatras se indagó acerca de la falta de información y empoderamiento de las familias lo que permitía generar un aspecto negativo a la hora de garantizar los derechos de los NNA, como se evidencia en una de las entrevistas (P4): *“si hubiera una buena educación a la familia de cuando consultar, de cuáles son los servicios de salud de cuáles son los derechos, la gente lo exigiría, pero es que la gente no sabe”*.; en este sentido las familias como institución social se configura en un espacio que restablece, protege y vulnera los derechos de los NNA, desde un marco público y privado. En este marco las familias al no conocer los derechos de sus hijos e hijas, construyen imaginarios errados de la salud que permite que se vulnere los derechos de los NNA como se evidencia en el siguiente fragmento de una de las entrevistas *“es que la familia ha entendido mal lo que es tener salud, salud no es ausencia de enfermedad, entonces ahí es donde muchos se confunden”* (P.4) por este motivo es importante potenciar las capacidades de las familias en un marco de derechos en el que se genere una participación activa de las mismas y se garanticen los derechos de los NNA, y no se parte de la problemática de vulneración de los derechos de los niños y niñas.

Por su parte, se encontró que muchos de los médicos pediatras en su rol como profesionales no conocen los derechos que les son inherentes a la población de especial protección como son los NNA, como se menciona en una de las entrevistas (P4): *“ósea yo*

veo un problema grave y es que tiene que el estado privilegiar la educación de las familias en este aspecto, que la gente conozca porque yo veo que la gente no sabe, los pediatras ni las familias saben los derechos de los niños”, es decir que esta situación en la que falta una educación enfocada a los derechos de la salud nos compete a todos como ciudadanos como se menciona en una entrevista (P3): *“pero es que la misma cultura o sociedad ha adormecido y ha dicho ustedes trabajan y sobreviven con un salario y no más, por eso es ahí donde implica la educación y el empoderamiento* “particularmente a los y las profesionales que se desenvuelven en el sector salud, ya que en su rol como médicos pediatras tienen la responsabilidad de conocer y difundir los derechos de los NNA, desde un marco internacional, nacional y local, para contribuir en el cuidado y protección de los derechos de los NNA.

En contraste con lo anterior, siguiendo a una de las entrevistas el Estado debe construir estrategias para llevar a cabo un plan enfocado a la educación de los derechos de niños y niñas que como lo menciona la corte constitucional pertenecen a la población de especial protección desde el ámbito de la salud para así contribuir a la garantía de los mismos, (P4) *“entonces toca que el estado se encargue de informar a las familias sobre los derechos y en la medida que la gente este educada en este sistema. Por ejemplo, el tema de... las mamás muchas veces van a urgencias porque no están educadas llevan al niño a urgencias porque, porque sí”*. El médico pediatra entrevistado reconoce que es importante que la población se empodere en los derechos para que sean garantizados desde el sistema de salud actual.

Con respecto a las entrevistas descritas anteriormente, se evidencia que no se hace cumplimiento a los planes de acción que ya están establecidos dentro del POS por la falta

de auditoría y control a las entidades por el Estado. En el informe (Orientaciones para el desarrollo de Jornadas de Salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC, 2015) se menciona que se debe realizar “la auditoria y seguimiento del cumplimiento de estándares así como, el cumplimiento de las metas y objetivos planteados para la Jornada de salud en la población a su cargo y pagar oportunamente por los servicios prestados según lo acordado.” No obstante, este control no se realiza y de este modo no permite la garantía en la atención de salud de los NNA, lo que da paso a la siguiente subcategoría.

4.2.3.3 Auditoria, seguimiento y control

Siguiendo a esta subcategoría del sistema de auditoria seguimiento y control en el sector salud y de acuerdo con las entrevistas se comprende que falta un mayor control a las entidades públicas y privadas, haciendo que no se garanticen los derechos de los NNA, como se indaga en (P10) *“no están controladas, pues si hay control, pero no les ponen freno hacen lo que se les antoja, mejor dicho.”* Considerando que la ley 87 de 1993 del sistema de control interno del Estado debe proteger los recursos de la organización, y con ello también debe garantizar la eficacia, eficiencia y la economía promoviendo la correcta ejecución y seguimiento de la gestión organizacional, la cual debe destinar los recursos, en este caso a infraestructura, equipos, insumos, medicamentos, entre otros. (Salud M. d., 2015) Por su parte en lo expresado por los médicos pediatras, esta ley no se cumple como se menciona (P4) *“digamos más auditoria a las eps públicas, las privadas están mejor dicho uno hay ve como que mandan todo manejan el sistema.”*

En este orden de ideas, en el sistema de salud actual se ha generado un vacío en el cumplimiento de la ley 87 debido a que se evidencian numerosas falencias por la falta de

rectoría del Estado en los dos regímenes por lo que suscita el mal servicio de salud, la desviación de recursos, entre otros, como se visualiza en la entrevista (P2) *“pienso que no hay control para la eps ya que no prestan algunos servicios;”* es decir que los entes gubernamentales tampoco están cumpliendo con lo establecido y esto ha generado que no haya garantía del derecho a la salud, como lo expresan los médicos pediatras desde su entorno como profesionales (P4) *“mejor dicho el estado no tiene el diente para meterle a estas eps, no puede hacerlo. La ley vigila pero no puede castigarlas, entonces es como una cosa, es muy tenaz lo que uno percibe desde acá,”* otro de los entrevistados menciona que P3: *“si claro, ya que si no existen se crean también unas barreras, entonces digamos las personas que tienen una condición favorable en educación, en ingresos, en nutrición pues van a tener una buena salud inclusive van a prevenir enfermedades, que se están dando en poblaciones más vulnerables y que no se están garantizando”* Por consiguiente, la falta de control y seguimiento a las EPS y entidades estatales por parte del gobierno ha generado consecuencias como la falta de servicios pediátricos por la desviación de recursos y la corrupción del sistema de salud (P8) *“están haciendo recorte presupuestal con algunas de las ventajas u ofertas que tenían con estos pacientes especialmente de discapacidad negando transportes, negando consultas domiciliarias, antes estaban contemplados y facilitando, ahora hay muchos pacientes que estaban en esos recursos y ya no lo están;”* otro de los entrevistados expresa sobre el cambio de la EPS Saludcoop por Medimas considerando que ha traído más problemáticas a la salud P4: *“Ahora con el cambio de Salud de Saludcoop que paso a Medimas hay otro problema el macho en el país porque esta nueva eps no tiene la red de servicios que se esperaba, entonces están todos los pacientes digamos en la calle;”*. En relación con la garantía de la salud de los niños y niñas se menciona que (P9) *“son 80 niños hospitalizados en urgencias esperando por la*

remisión, entubados, pacientes que se manejan un servicio de urgencias requiriendo unidades de cuidados intensivos y están en hospitalización general, entonces eso colapsa como tal el sistema.” En otra entrevista uno de los pediatras menciona que las familias no tienen la suficiente economía para desplazarse a los centros de atención en salud y pierden las citas programadas para sus hijos e hijas (P8) *“de hecho no tienen como desplazarse hasta aquí, entonces si hay entidades, pero no suficientes”*

Finalmente, siguiendo a Marcela Vélez, “el sistema de salud es un sistema concebido para favorecer la ganancia y el estímulo económico de los intermediarios y muy poco interesado en la salud, el bienestar y satisfacción de los ciudadanos” (pág. 56), lo que permite entender que la garantía de salud, en este caso de los NNA, se ha regido bajo un eje de mercancía, donde la salud dejar de ser un derecho fundamental y se convierte en un negocio.

4.2.3.4 Corrupción en el sistema de salud

Esta subcategoría se manifestó fuertemente a lo largo de las 12 entrevistas realizadas, debido a que el sistema de salud en Colombia se ha fundamentado como un negocio y no como un derecho fundamental

“En el afán de ganancia, las entidades promotoras de salud (EPS) acuden a diferentes estrategias, entre ellas la negación de servicios a los pacientes, la restricción del acceso, la limitación de la autonomía médica, la evasión de la escasa regulación del Estado y la manipulación de leyes, decretos y resoluciones para que estén en consonancia con sus intereses” (Velez, La Salud en Colombia, 2016).

Por su parte en las entrevistas se menciona que (P8) *“el sistema esta infiltrado por corrupción porque lo vemos a diario y esta corrupción tanto administrativa como en las*

entidades prestadoras de los servicios y en cada área de cada red, esto impide la prestación del servicio. Esto es un tema que no solo afecta la salud sino en general al nivel del país y eso es de verdad una dificultad muy grande para poder hacer las cosas.” En consecuencia, a lo anterior un de los médicos pediatras entrevistados cuenta como el sistema de salud en los dos regímenes es deficiente (P4).

“yo creo que en ambos lados hay corrupción, hay daño hay robo de hecho uno, uno no sabe quién roba más, uno no sabe quién hace más daño así de pronto si es peor tener una eps pública o privada ambas tienen problemas, ambas tienen cantidad de digamos de fuga de dineros.” En el tema que está pasando actualmente de Cafesalud uno de los pediatras menciona que (P11) *“el negocio de la salud es algo que esta tan corrupto que tú ves que por ejemplo lo que está pasando en empresas de régimen contributivo por ejemplo lo que paso con Saludcoop, Café Salud y Medimas, que hasta que una mama no se encadena para que le den atención a un paciente con leucemia que uno sabe que eso es una urgencia aquí no pasa nada”* siguiendo a este el pediatra señalo también (P11): *“estamos hablando ya del mismo gobierno que se ha vuelto de oídos sordos de lo que está pasando o sea uno ve las quejas de Medimas, uno ve las quejas del Distrito, de que quitaron pediatría, hace tres meses querían quitar lo del Guavio, porque claro como no es rentable, entonces la salud se ve como un negocio, entonces cuando se ve el sistema de salud como un negocio pues se vulneran todos los derechos”*

Considerando lo anterior, el Estado como ente garante tiene que acabar con la corrupción en el sistema de salud garantizando la salud desde políticas y estrategias para la prestación de los servicios de salud por niveles de atención, acceso y participación. En este sentido situando a la realidad del país la garantía del derecho a la salud de los NNA no se

cumple puesto que se concibe a la salud como un negocio y no como un derecho fundamental como se ha mencionado a lo largo de esta subcategoría; dentro de nuestro de sistema de salud actual se evidencia que no existe una garantía total del derecho a la salud ya que en las prestadoras de servicios. “Las estrategia de las EPS de entregar de manera incompleta los medicamentos, negar la atención, retrasar la consulta o dilatar la realización del procedimiento, hace que miles de colombianos desistan de la atención” (Velez, La Salud en Colombia, 2016, pág. 52), es decir, que debido a la corrupción del sistema de salud se evidencian problemáticas como la negación del servicio y atención en salud los NNA, limita la garantía de sus derechos que les son fundamentales y a la ves esto también afecta el ejercicio profesional de los médicos pediatras ya que como se expresa en una entrevista (P8) *“hay corrupción ,hay desviación de recursos esto es lo que nos está afectando también a nivel externo”*

4.2.4 Practica profesional

En primer lugar, cabe resaltar que la práctica profesional hace referencia al conjunto de acciones, habilidades y conocimientos que una persona pone en práctica en un rol o una profesión determinada. La práctica médica, esta mediada directamente por la relación que existe entre el profesional de la salud y los pacientes. Para dar respuesta a esta categoría, se tuvieron en cuenta tres subcategorías que se consideran de gran importancia que son, autonomía médica, relación médico – paciente y por ultimo formación médica.

4.2.4.1 Autonomía médica

En la actualidad como lo afirma el profesor Ruslan Posadas (2014), en el siglo XXI la institucionalización de la medicina, ha generado que la práctica médica se convierta en

un monopolio, lo que conlleva que la relación médico – paciente se convierta netamente en algo superficial, ya que esta se encuentra mediada por políticas y normas que de alguna manera limitan la práctica médica, como lo afirma (P3) *“la verdad en este sistema de salud y con las políticas que existen, el sistema de salud no tiene ninguna fortaleza, y por lo tanto no existe una verdadera autonomía médica”*, a partir de esto se puede plantear que esta autonomía no se ejerce de manera libre, sino por el contrario con algunas limitaciones que se rigen en las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud.

A partir de lo anterior, Jorge Cuasialpud (2014), en su ensayo *“La autonomía médica a partir de la ley 100”*, resalta que la Ley 100 de 1993 atenta directamente a la autonomía médica, ya que la politización de la salud ha hecho que la normatividad esté al servicio de un sistema blindado para emporios económicos, lo que corresponde a los dueños directamente de EPS, IPS y de las ARP, haciendo del sistema de salud un mercado, aunque cabe resaltar que en algunos casos esto no pasa, ya que algunos médicos sí cuentan con la libertad de ejercer su autonomía médica como lo expone (P5) *“aquí donde yo estoy trabajando yo tengo un libre ejercicio en un consultorio particular, yo no dependo de una institución que me diga hasta que hora tengo trabajar, a tal hora tengo que cumplir esto y esto, no al contrario yo soy la persona que determino mis propias cosas”*, a partir de lo anterior se puede analizar que la autonomía médica no siempre es limitada, sino que por el contrario esta depende de las condiciones y las políticas que se establezcan en las empresas prestadoras de servicios de salud, pero cuando un médico tiene la oportunidad de ejercer en un consultorio privado, las condiciones de trabajo son diferentes y por lo tanto la autonomía médica.

Con respecto a lo expuesto anteriormente, también es relevante establecer que el sistema de salud al limitar la autonomía y la práctica médica, genera que el derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes se vulnere de manera indirecta, ya que el ejercicio profesional no se está realizando de la mejor manera, y esto es reflejado en la realidad como lo dice (P7) *“aquí donde yo trabajo no hay suficientes camas, equipos, médicos especialistas para atender a pacientes con discapacidad física, cognitiva, es decir que el sistema de salud tiene aspectos muy negativos que afectan en primera instancia la salud de niños, niñas y adolescentes y en segunda instancia afecta nuestra práctica médica”*. Ahora bien, como se plantea en el artículo, la autonomía médica a partir de la ley 100, la medicina o la salud:

“desde sus orígenes ha tenido una función social, estar al servicio de la vida, su materia prima es la vida humana, su objeto es la salud y bienestar de la persona, dada su especial relación con la vida humana frágil, no puede limitarse la autonomía del médico en el ejercicio de su profesión, no puede tener factores internos y externos que influyan en la aplicación de su conocimiento para el cumplimiento de su misión” (Cordoba, 2014, pág. 4).

Es decir que en el momento que se limita la práctica o autonomía médica, directamente se afecta el servicio de salud que se le presta a la población, en este caso a niños, niñas y adolescentes como dice (P7) *“yo estoy aquí en el Hospital Simón Bolívar en la parte de hospitalización y urgencias y yo quisiera dedicarle más tiempo a los pacientes, pero primero no es posible porque son muchos niños y niñas los que hay que atender y el sistema de salud, prácticamente quiere que atendamos de manera rápida”*, estas son las acciones que se presentan en la mayoría de los casos y el médico pediatra al no tener el tiempo suficiente de consulta para atender a un niño o adolescente genera como resultado que el proceso que se debe llevar no sea el mejor o sencillamente que no exista continuidad

en los procesos, es por esta razón que Córdoba (2014), dice que la legislación ha desmejorado la salud, afectando la relación médico – paciente, y limitando la autonomía médica, y cuando el médico se reconoce como un peón al servicio de un sistema capitalista, se siente castrado por todas las barreras que encuentra en el ejercicio de su autonomía médica. Por lo tanto si un médico pediatra no cuenta con los elementos y las condiciones necesarias para poder ejercer y desarrollar de manera adecuada su profesión, sencillamente no puede cumplir cien por ciento con su labor, de esta manera en nuestro país la mayoría de veces se cuenta con el personal capacitado pero esto se limita por las condiciones y políticas de trabajo que se imponen a los profesionales de la salud en este caso, como lo plantea (P8) *“en verdad tenemos personal médico de excelente calidad pero es el sistema de salud que es pésimo e inadecuado sobre todo para un grupo poblacional de especial protección como son los NNA”* .

La mentalidad de hacer de la salud una empresa, ha llevado a ser de la salud un negocio , dejando como consecuencias múltiples problemas, entre ellos “...limitación de la autonomía médica, explotación laboral de médicos, regulación de un estándar para formular o diagnosticar a los médicos, control de tiempo de consulta que genera la ruptura de la relación médico – paciente, limitación de medicamentos y exámenes de alto costo” (Cordoba, 2014, pág. 9). Se puede decir que actualmente en Colombia las condiciones laborales del gremio de los médicos pediatras no son las mejores, en primer lugar su profesión de médicos pediatras en muchas ocasiones no es reconocida y en segundo lugar las condiciones laborales no son las más apropiadas como lo expresó (P8) *“tenemos la dificultad que como consta de varios puntos de atención, si a ti te quieren trasladar de un momento a otro para otro sitio, ejemplo estoy trabajando en tunal, mañana me pueden*

decir que me vaya para Usme, que me presente allá entonces es una inestabilidad, en cualquier momento te cambian a cualquier sitio, el transporte no lo está pagando y son sitios muchos más peligrosos y riesgosos para nuestra salud, entonces esas cosas no se están teniendo en cuenta” . Cuando las condiciones laborales no son las mejores para los médicos pediatras esto repercute directamente en la autonomía y en el actuar del profesional con sus pacientes, haciendo que la atención y el servicio que se brinda no sea el mejor ni el más oportuno.

Por otro lado ,algo importante para resaltar dentro de las condiciones laborales de médicos pediatras que afectan en la actualidad la autonomía médica es el formato Mipres, quien según el Ministerio de Salud y Protección social (2017), es un aplicativo en la web, donde deben acceder todos los profesionales de salud que pretendan prescribir no pos, así todos los profesionales desde su consultorio puede acceder y realizar la prescripción en el marco de la consulta médica, pero esto en la actual práctica médica no fue acogido de la mejor manera, ya que los médicos pediatras plantean que este es un aplicativo que limita la práctica médica y de cierta u otra manera poner en riesgo su profesión, como lo expreso (P10) *“yo lo de Mipres lo cuestiono mucho todavía, porque el medico asistencial tiene que llenar ese formato para que la EPS no asuma esa responsabilidad de haberlo formulado sino uno mismo como médico... y ellos ¿qué? ¿Solo administrarlo? No, no me parece”*. Es así que para concluir esta subcategoría de autonomía médica, cabe resaltar que según la Asociación Médica Mundial de la Salud, reconoce principios elementales en cuanto a la autonomía médica, como primer elemento de la autonomía profesional es la garantía de que el medico pueda emitir con toda libertad su opinión en cuanto a la atención y tratamiento de

sus pacientes, y la calidad de la atención prestada a los pacientes debe ser siempre la preocupación primordial de cualquier sistema de autorregulación.

4.2.4.2 Relación médico – paciente

Para el análisis de esta subcategoría, se tendrá en cuenta dos factores relevantes, en primer lugar, las acciones que a lo largo del tiempo han cambiado en cuanto a la relación médico – paciente y el personal no capacitado para atender la población de NNA, lo que genera que no exista una relación verdadera médico – paciente. Jorge Márquez (2014), en su artículo relación médico – paciente y mercado de la salud en Colombia, denomina este concepto como *“una relación social y antropológica, llamada “coloquio singular” por algunos filósofos, tiene hoy gran vigencia, aunque la medicina basada en la evidencia pretenda que no trata con pacientes, sino con fémalos patológicos”* (Marquez, pág. 610), es decir que el verdadero que debería existir en la relación médico – paciente no existe, debido que el sistema de salud en la actualidad ha generado la idea y la tipología que el paciente no es un sujeto, sino por el contrario este ha sido remplazado por un cliente el cual debe generar un consumo para poder facturar y así todo juega en una lógica de negocio y consumo, como lo dice (P11) *“las debilidades es que mientras se vea al sistema como un negocio, pues esto se va a seguir atiendo como un negocio, es decir si esa visión que intentaron hacer, y te lo digo yo que estuve en la transición cuando era estudiante de medicina, el perfil del médico era el de la casa, era el que cuidaba a sus pacientes y se pasó a la transición de ver al paciente como un cliente o tristemente como un potencial demandante ”*, lo que quiere decir lo anterior, es que la relación – medico paciente ha cambiado notoriamente en los veinte últimos años, ya que el sistema de salud gira en torno a la idea de un negocio y por lo tanto los pacientes tienen otra mirada que se ha convertido

en clientes, los cuales es necesario que genere ingresos para cumplir y satisfacer intereses propios de la mayoría de entidades prestadoras de salud, dejando así como consecuencia la vulneración del derecho a la salud de NNA, ya que no se están realizando los procedimiento y la atención de la manera adecuada, lo que genera que las personas en general no tenga confianza en los médicos ni el sistema de salud y esto se ve reflejado en la cotidianidad como lo afirmo (P3) *“otra cosa es que yo pienso que cuando tu brindas una buena atención con tu paciente, es decir te sientas con él y promueves la salud, y no por el contrario te sientas a dar una receta, porque a veces se considera que entre tu más le recetas a un paciente, él va a estar mejor, pero nosotros tenemos dentro de un ciclo vital de vida cambiar y controlar, lo que pasa es que en este momento se están formando médicos que no tienen confianza con sus pacientes y la confianza es lo más importante para crear en realidad una buena relación médico – paciente”* . Es decir que la relación que se puede crear entre el profesional de la salud y el paciente que recurre a su ayuda, está involucrado en el ambiente que se mueve actualmente el sistema de salud y es el de salud como un negocio, por esta razón es que la relación ha cambiado, convirtiéndose en algo superficial lo que evita cumplir y desarrollar el papel verdadero del profesional, Jorge Márquez (2014), afirma que la situación del sistema de salud en Colombia se puede resumir de la siguiente manera: mientras los diferentes hospitales se declaran en quiebra, los profesionales de la salud se empobrecen y su profesión es precarizada y los pacientes reciben atención deficiente mientras otras empresas se enriquecen gracias a la privatización de lo anteriormente mencionado (pág. 615).

En la actualidad se considera de gran importancia la relación que pueda establecer el médico con el paciente ya que esto tiene implicaciones que se consideran importantes.

Según María Antonieta Rodríguez, en su libro *“relación médico – paciente”*, expone que estas principales implicaciones son: la interpretación correcta de las causas y mecanismos de producción de las enfermedades del hombre, también constituye un elemento de forma metodológica fundamental para alcanzar el propósito de preservar y mejorar la salud de la sociedad y por ultimo comprender la relación que existe entre el soma y la psiquis, lo cual permite al médico entender que atiende a un cuerpo con un cerebro que refleja una realidad social de una manera individual. Es por esta razón que se considera de gran importancia rescatar la relación que anteriormente existía entre médico – paciente, ya que así se puede generar un cambio significativo y se puede lograr que el derecho a la salud no sea vulnerado y peor aún en una población vulnerable como NNA. En este momento en Colombia los médicos y los diferentes profesionales de la salud son conscientes y aceptan que esta relación ha cambiado con el tiempo, como lo plantea (P9) *“cuando uno habla con otros médicos pediatras, todos llegamos a la conclusión que la práctica pediátrica ha cambiado mucho en aspectos como hablar con los papas, interactuar con los niños, ahora eso no se ve. Suena triste pero los pacientes ya están acostumbrados a ese ritmo”*

Otro aspecto fundamental que se abordará en esta subcategoría y que afecta directamente la relación médico – paciente, es el personal no capacitado para atender o abordar la población de NNA, ya que en muchas ocasiones, niños, niñas y adolescentes no son atendidos directamente por médicos pediatras sino por otros profesionales de la salud como médicos generales, enfermeras o paramédicos, cuando por ley se encuentra estipulado que el derecho a la salud de NNA, es que sean atendidos por un especialista en pediatría, así también lo confirmo (P10) *“todos los niños en Colombia, tienen derecho a*

que los vea un médico pediatra y hay EPS donde no autorizan la valoración por pediatría sino que la pasan por medicina general.... ¿Entonces esto por qué?”.

Hay algo claro y fundamental que se debe existir en la relación médico – paciente, como es el respeto y la empatía, como lo resalta Rodríguez (2014), esto se convierte en una formación humanitaria, que se basa en un acompañamiento constante y aún más en las situaciones complejas que conjuntamente entre médico – paciente logran establecer una formación profunda con la disposición arraigada de ayudar al otro, en lo que se tiene en cuenta el intelecto, la efectividad y el hacer. Lastimosamente estos aspectos en la actualidad no se los tiene en cuenta, ya que el concepto de esta relación ha cambiado como lo confirma (P5) *“yo he trabajado con médicos generales que han tenido que atender a la población de niños, y es una atención completamente diferentes, y yo tengo experiencia de 30 o 35 años y son condiciones completamente diferentes, antes la atención no era así”.* (pg,27).

4.2.4.3 Formación médica

Para el análisis de esta subcategoría, se tendrá en cuenta dos aspectos importantes, la falta de apropiación de los médicos pediatras y la dificultad en la formación médica. Según la Revista Educación y Desarrollo Social (2014), la formación médica en Colombia tienes diferencias con la formación de otros países, y esta formación se ve reflejada en las poblaciones de los profesionales de diferentes países, que muestran ventajas y desventajas en el campo laboral. De igual manera se plantea que en la actualidad Colombia no cuenta con los egresados suficientes de pregrado y posgrado en el área de la salud, ya que según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011), por cada 10 mil habitantes deben existir 25 médicos y en algunas regiones del país esta cifra es inferior. (pg,170). De igual

manera el estudio realizado por el Cendex de la Universidad Javeriana con el Ministerio de Salud y Protección Social, describen que los indicadores más representativos con la escasez de especialistas en Colombia son cuatro en general. El primero de ellos es los pocos cupos que se ofrecen para poder realizar una especialización, salarios bajos para especialistas, control de especialistas en relación al número de egresados y la falta de incentivos para especializarse (pag.171). Es decir que en nuestro país existe un porcentaje mínimo de médicos que logran llegar a obtener una especialización, por aspectos anteriormente mencionados, lo que quiere decir que la mayoría de egresados quedan con el título de médicos generales.

En Colombia la formación médica "...tiene una duración de 6 años, divididos en 3 años de formación preclínica y 3 años de formación clínica, luego de los cuales se obtiene el título de Médico Cirujano o Medico General o Medico y Cirujano para algunas universidades" (Castillo, 2014, pág. 170). Es decir que la formación médica en Colombia se centra simplemente en su especificidad, dejando a un lado aspectos importantes relacionados como las leyes y políticas por las cuales se rige actualmente el Sistema General de Salud, lo cual es de gran relevancia ya que el campo de acción de este gremio está incorporado de manera directa con estos aspectos.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente y las diferentes opiniones de los médicos pediatras se considera que existe una falta de apropiación del gremio en general de profesionales de la salud, es lo que ha generado que no se logren cambios significativos en cuanto a la toma de decisiones en el sistema de salud, muchos médicos pediatras consideran que esta es una importante falencia de ellos y la cual se debería cambiar como lo planteo (P11) *"pienso que nuestro gremio y específicamente el de nuestra especialidad, nos*

concentramos simplemente en trabajar y no más, entonces la falencia es que no participamos en esas leyes y somos muy pocas las personas que asistimos y participamos en esto”, de igual manera (P10) también resalta diciendo que este es un problema de los médicos diciendo “yo creo que una de las principales falencias es la apropiación de nosotros mismos de asumir que es nuestra obligación, o sea no es solo el gobierno, es también el mismo gremio que a pesar de saber que estamos así, que se vulneran los derechos de los niños no hacemos absolutamente nada al respecto”. A partir de ello es claro que hay acciones importantes que se deben trabajar en conjunto, para lograr cambios significativos y que es algo que involucra a todo el gremio de profesionales médicos, (P11) plantea que “ya se está comenzando a protestar y a decir como oiga vea esto también es de nosotros, es nuestra función, pero la falencia es que falta todavía que la gente se sensibilice, o sea el medico sale y quiere salir a ganar plata o salir hacer una especialización, pero no se preocupa que tenemos que arreglar las leyes y que tenemos que presionar para que se cumplan”. En cuanto a la formación médica se considera que actualmente las diferentes universidades o centros académicos, enfocan su interés en el conocimiento teórico de la medicina como tal, pero hay una falencia que es evidente dentro de esto y es la falta de formación médica en relación a leyes y políticas de salud que están actualmente en Colombia y por las cuales se rige el sistema de salud, algunos médicos pediatras, consideran que falta apropiación por parte de ellos sobre el tema, ya que muchos no conocen los derechos y las políticas y por lo tanto no pueden transmitir este conocimiento a familias colombianas o ejercer el derechos y las leyes como tal, como lo dijo (P4) “yo veo un problema grave y es que tiene el estado privilegiar la educación de las familias en este sentido, porque yo si veo que las familias no saben y los pediatras tampoco

sabe sobre los derechos de los niños, entonces toca que el estado se encargue de informar y educar sobre esto.”

En lo anteriormente mencionado, se destacan los hallazgos más relevantes que se encontraron en las entrevistas aplicadas, en cuanto al Derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes en Colombia a partir de la práctica profesional de médicos pediatras pertenecientes a la Sociedad Colombiana de Pediatría, lo cual nos permite comprender que en la actualidad existe una vulneración en cuanto a este derecho, puesto que la salud esta vista como un negocio y no como un servicio, lo cual afecta directamente a la práctica profesional para garantizar el derecho de NNA. Es así que consideramos que este proyecto de investigación, aporta directamente a los elementos que los profesionales de salud consideran relevantes en la actualidad en cuanto a la atención en salud, la garantización de derecho como tal, y la práctica profesional pediátrica, lo cual permite comprender que para garantizar este derecho es necesario tener en cuenta al estado, la sociedad y la familia, ya que los tres tienen la necesidad de brindar los elementos necesarios para garantizar tal derecho.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES

Ante la pregunta de investigación *¿Cuál es la noción del derecho a la salud de los niños, niñas y a adolescentes a partir de la práctica profesional de los médicos pediatras, teniendo en cuenta las fortalezas y debilidades del sistema de salud colombiano?* la revisión documental con respecto a los objetivos planteados se concluyó que:

- La noción del derecho a la salud desde un orden social, permite comprender la salud como un derecho fundamental el cual todo ciudadano, niño, niña o adolescente tiene derecho a acceder a través de unos servicios de calidad y eficacia, sin embargo, la realidad que vive Colombia es otra, puesto que el derecho a la salud de los NNA, es considerado como un servicio de baja calidad, implantando el concepto de salud como mercancía lo que da cuenta de la inequidad en la salud, vulnerando así el derecho a la salud de los NNA.
- En relación a las fortalezas identificadas a lo largo de este proyectó y que se reflejaron dentro del sistema de salud actual fueron las siguientes; mayor cubrimiento de cobertura en vacunación a nivel nacional, mayor impacto en los programas de salud materno infantil, salud sexual y reproductiva. Así mismo las diferentes luchas de personas pertenecientes al sistema en pro de mejorar las condiciones del mismo.
- Unas de las principales debilidades del sistema que se encontraron e identificaron fueron; falta de control, vigilancia y seguimiento a entidades prestadora de salud por parte del Estado, incumplimiento en las normas y leyes que garantizan la prestación

de los servicios de salud generado consigo corrupción dentro del sistema, desconocimiento de las leyes y derechos por parte de los profesionales en salud, falta de personal médico e insumos en las instituciones o centros de salud del país generando así la vulneración del derecho a la salud especialmente en los NNA.

- Entre las acciones que contribuyen a garantizar el derecho a la salud se encontraron los mecanismos de protección como son las tutelas y los derechos de petición los cuales de cierta manera reconocen estos derechos, pero cabe señalar que estos procesos y mecanismos en muchas ocasiones son tardíos. Pues se ven opacados por las dinámicas de un sistema capitalista que va en pro de generar economía a favor de un mínimo de la población, dejando de lado garantizar salud a la mayoría de integrantes de la sociedad.
- En relación a las problemáticas se derivan básicamente a cómo está estructurado el sistema de salud generando corrupción, falta de organización, dinámicas de poder, políticas del estado poco favorables para la salud y cómo las instituciones o EPS responden ante la demanda por parte de la población involucrada. Y quienes se ven más afectados, son las familias y los niños respecto a la vulneración del derecho a la salud y la accesibilidad al mismo.

6. RECOMENDACIONES

De acuerdo a la investigación realizada, y el aprendizaje que se generó durante el proceso del proyecto de investigación, el grupo de trabajo sugiere las siguientes recomendaciones:

A LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA (SCP)

- Para la Sociedad Colombiana de Pediatría, se recomienda crear espacios de conocimiento y debate sobre la apropiación de Leyes, políticas y normas frente al derecho a la salud de NNA, con el fin de generar en los pediatras empoderamiento en su ejercicio profesional.

AL PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE LA SALLE

- Para efectos de próximas investigaciones se sugiere a los estudiantes de Trabajo Social, abordar en materia de análisis la comprensión del derecho a la salud en Colombia partiendo desde su estructura integral, social y como se relaciona con otras áreas del saber en cualquiera de los campos profesionales especialmente en los niños, niñas y adolescentes.

A LA PROFESIÓN

- A Trabajo Social profundizar la mirada en el área de la salud, puesto que la salud es un campo muy amplio en donde el accionar de la profesión puede contribuir a generar importantes avances en pro de defender el derecho a la salud
- A los profesionales de Trabajo Social que tiene como campo de acción la salud es importante que desde el quehacer profesional empoderen a las familias sobre el derecho a la salud y los deberes que tiene como usuarios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ANEXOS

Anexo N° 1



Formato de consentimiento informado

Sociedad Colombiana de Pediatría
Regional Bogotá



Estimado Médico Pediatra:

Nosotras las estudiantes de la Universidad de la Salle de decimo semestre en Trabajo Social nos encontramos realizando un proyecto de investigación acerca del “**Derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes desde la práctica profesional de los médicos de la sociedad colombiana de pediatría, regional Bogotá**”

El objetivo de este proyecto consiste en identificar las posibles falencias y debilidades que se presentan en el sistema de salud colombiano, identificadas a partir de la práctica profesional de los pediatras y como estas afectan el derecho a la salud de NNA.

A continuación, se le realizará una entrevista con el fin de recoger información acerca del derecho a la salud de los NNA a partir de los aspectos que rigen el sistema de salud, teniendo en cuenta su práctica profesional.

CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

Nombre del participante: _____

Autorización de grabar la entrevista: _____

Autoriza el uso de esta información para diferentes fines como:

- Ponencias
- Paneles
- Seminarios
- Congresos

Firma: _____

C.C No. _____

Firma del investigador/ entrevistador: _____

C.C No _____

Anexo N°2



Sociedad Colombiana de Pediatría
Regional Bogotá



Ficha de Caracterización

Objetivo

Recoger datos de información personal y profesional de los médicos pediatras pertenecientes a la Sociedad Colombiana de Pediatría Regional Bogotá.

DATOS DE INFORMACIÓN

Fecha: D / M / A

Estudiante que realizo la entrevista _____

Lugar de diligenciamiento: _____

Hora de Inicio: :

Hora de finalización: :

Nombre del entrevistado: _____

Sexo: F M

Servicio en el que se desempeña: _____

Lugar y Fecha de graduación en pediatría: _____

Instituciones en las que Laboran	Marque con una x a que sector pertenece (tipo de institución)
	Público <u> </u> privado <u> </u> mixto <u> </u>
	Público <u> </u> privado <u> </u> mixto <u> </u>
	Público <u> </u> privado <u> </u> mixto <u> </u>

		Público____ privado____ mixto____	

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Objetivo

Recoger información sobre el concepto del derecho a la salud de los NNA, a partir de los aspectos que rigen el sistema de salud colombiano teniendo en cuenta la práctica profesional de los médicos pediatras de la SCP.

Guía de preguntas

1. ¿A partir de su experiencia, ¿cómo concibe el derecho a la salud de NNA en Colombia?
2. ¿Cuáles cree usted que son las acciones del sistema de salud que contribuyen a garantizar el derecho a la salud de NNA?
3. ¿A partir de su ejercicio profesional, ¿cuáles considera usted que son las principales debilidades del sistema de salud para garantizar el derecho a la salud de los NNA?
4. Relate alguna experiencia en la cual usted considera, se vulneró el derecho a la salud de un niño, niña o adolescente:
5. ¿Qué falencias ha encontrado en la aplicación de las leyes y políticas que rigen el sistema de salud colombiano en su práctica profesional?
6. ¿Qué fortalezas ha encontrado usted en la aplicación de las leyes y políticas que rigen el sistema de salud colombiano en su práctica profesional?

Bibliografía

- (ONU), N. U. (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. Madrid: Unicef.
- Africano, J. M. (Marzo de 2011). *Enciclopedia virtual* . Obtenido de Eumed.net :
<http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/199/1b.htm>
- Aignerén, M. (s.f.). *LA ENCUESTA SOCIAL*. Antioquia: UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS.
- Amortegui, L. S. (2014). *Revision Documental en el acceso a los Servicios de Salud que afrontan los niños y niñas de 6 a 12 años Diagnosticados con Cancer en Colombia 2005 -2012*. Bogotá D,C: Universidad de la salle.
- Angulo, Jiménez, & Gómez, C. y. (1991). Ley estatutaria: ¿avance hacia la garantía del derecho fundamental a la salud? *Rev Colomb Cir.*, 81-90.
- Arango, R. (2005). Justiciabilidad de los derecho sociales. En R. Arango, *El concepto de los derechos sociales fundamentales* (pág. 440).
- Arango, R. (2015). *El Concepto de derechos sociales fundamentales*. Bogotá: LEGIS.
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá .
- Atención integral a primera infancia de cero a siempre. (2013). *el aumento del embarazo de adolescentes en Colombia*. Bogotá,.
- Avila, C. A. (2016). *La Autonomia Médica*. Cali: Federación Médica Colombiana .
- Castillo, J. S. (julio de 2014). La Formacion Medica en Colombia. *Educacion y Desarrollo Social* , 170.
- Cifuentes, R. M. (2012). *Diseño de proyectos de investigacion cualitativa* . Buenos aires : Noveduc.
- Claudia Marcela Camargo Ramos, & Pinzón Villate, G. (2012). LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA. *Revista Publica Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina*, 65 - 72.
- Colombia, C. d. (2006). *Ley 1098 de 2006 ,Art 27*. Bogotá,D. C: Diario oficial.
- colombia, E. c. (1993). *Ley 100 de 1993, Art 1-6*. Bogotá D.C.
- Colombia, R. d. (2015). *Constitucion Política de Colombia 1991*. Bogotá D.C: Imprenta Nacional .
- CÓRDOBA, J. C. (2013). *LA AUTONOMIA MEDICA EN COLOMBIA A PARTIR DE LA LEY 100 DE 1993*. BOGOTÁ.

- Cordoba, J. C. (2014). *La autonomia medica a partir de la Ley 100*. Universidad Militar Nueva Granada , Bogota . Bogota : Universidad Nueva Granada .
- Daniel Salgar Antolínez. (16 de Sep de 2014). Hay que repensar la atención primaria en Salud en colombia: Medicos Sin Fronteras. *El Espectador* , pág. 4.
- Dirección de Epidemiología y Demografía. (2015). *Analisis de situación de Salud Colombia* . Bogotá: Ministerio de salud y Protección.
- Durán-Strauch, E. (2011). Restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes en el sistema nacional de bienestar familiar. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 549-559.
- Echeverry, E. (2004). La salud al derecho. *Revista gerencia y politicas de salud Pontificia Universidad Javeriana*, 145-149.
- Echeverry, E. (2015). Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. *Revista de salud pública Rio de Janerio*, 365-362.
- Echeverry, M. E. (2011). Luchas por la Salud en Colombia. Una propuesta teorica para su analisis. *Revista Gerencia Política de salud , Bogotá*, 63- 79.
- Egg, A. (2006). como organizar el trabajo de investigacion. En A. Egg, *metodos y tecnicas de investigacion social III* (págs. 29 - 30). Buenos aires: humanitas.
- El Tiempo. (31 de agosto de 2016). Casos de desnutricion infantil en Bogotá se mantienen. *El Tiempo*.
- Federacion internacional de Trabajo Social. (2014). *International federetion of social workes*. Obtenido de <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>
- Federacion Internacional de Trabajo Social. (2014). *International Federetion of Social Workes*. Obtenido de <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>
- Frey, F. (mayo de 2012). *LA ENTREVISTA EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: NUEVAS TENDENCIAS Y RETOS*. Recuperado el 18 de agosto de 2017, de http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/COLECCION_UNPAN/BOL_DICIEMBRE_2013_69/UNED/2012/investigacion_cualitativa.pdf
- Gossaín, J. (01 de Septiembre de 2015). Ni las mejores clinicas tienen plata para sus nóminas . *El Tiempo*, pág. 4.
- Gubrium, H. C. (1997). *Enfoques y modalidades de investigacion cualitativa: rasgos basicos, programa de especializacion en teorias, metodos y tecnicas de investigacion social*. ICFES.
- Hernandez, M. (2015). Momento critico para la salud en Colombia. *Viva la ciudadania*.
- Hernandez, R. P. (2014). Importancia de la salud pública dirigida a la niñez y la adolescencia en México. *El Sevier*, 126-133.
- Julia Garcia Salinero . (2004). *Estudios descriptivos*. España: Nure investigacion .

- La Convención sobre los Derechos del Niño. (2015). *UNICEF*. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/crc/index_30177.html
- Landsheere. (1994). *la investigacion cualitativa*. Recuperado el 18 de AGOSTO de 2017, de <https://juanherrera.files.wordpress.com/2008/05/investigacion-cualitativa.pdf>
- Laura Díaz-Bravo, U. T.-G.-H. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Metodología de investigación en educación méd*, 163.
- Luckmann, P. (2001). *La construccion social de la realidad*. Argentina : Amorrortu.
- Marín Molina Gloria, R. A. (2014). Tensiones en la desiciones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano . Medellín: Pulso & Letra Editore.
- Marquez, J. (s.f.). *Relacion medico - paciente y mercado de la salud en Colombia* . Universidad Nacional de Colombia , Bogota . Bogota : Universidad Nacional de Colombia .
- Mesa de Trabajo de Bogotá sobre Desplazamiento interno. (2005). *La salud: derecho fundamental*. Bogotá: codice ltda.
- Ministerio de la protección social; Instituto colombiano de Bienestar Familiar. (2006). *Codigo de la Infancia y Adolescencia ley 1098 de 2006*. Bogotá: imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud . (2014). *Lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia y adolescencia*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Lineamiento-atencion-integral.pdf>
- Ministerio de Salud. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Proteccion Social.
- Ministerio de salud. (2014). *Hacia un nuevo modelo de salud: porque los colombianos tenemos derecho a un servicio de salud oportuno y con calidad*. Bogota D.C: Ministerio de salud y de proteccion social.
- Ministerio de Salud. (2015). *Analisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia ,2015*. Bogotá: Ministerio de salud y Protección Social.
- Minsalud. (17 de 11 de 2015). Recuperado el 17 de 11 de 2015, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Promoci%C3%B3nyPrevenci%C3%B3n.aspx>
- MINSALUD. (s.f.). *Ministerio de Salud y Protección Social* . Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>
- Moreno Mosquera, C. M. (2013). *ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 412 DE 2000 EN LAS EPS (COMPENSAR, SALUDCOOP Y COOMEVA)*. Bogotá D.C: Universidad de la Salle.
- Moreno, L. J. (24 de febrero de 2016). *Universidad javeriana*. Obtenido de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/18884/VirguezMorenoLadyJohana2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Muñoz, L. G. (2016). Estudio Cualitativo-Cuantitativo sobre la atención de salud de niños menos de tres años en establecimientos de salud de nueve regiones pobres del Perú. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 1- 31.
- Navarro, F. M. (2009). *El Estado como garante de los derechos de la niñez*. La Paz.
- Observación General No.14, d. N. (2013). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Colombia.
- OMS. (2009). OMS. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- ONU, N. U. (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. Madrid: Unicef.
- Organización Mundial de la Salud . (2008). Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Panamericana de la salud . (2006). *Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables Escuela y Vivienda Saludable*. . Bogotá: Ministerio de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables Escuela y Vivienda Saludable*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Determinantes sociales de salud y enfermedad* .
- Organización Mundial de la Salud. (5 de Diciembre de 2002). *Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y el adolescente*. Recuperado el 27 de febrero de 2017, de OMS: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB111/seb1117.pdf
- Paredes, N. (2003). *Derecho a La Salud su Situación en Colombia*. Bogotá D.C: Cinep.
- Posadas, R. (22 de abril de 2013). *la práctica médica como dominio de saber*. Obtenido de <http://www.voltairenet.org/article178230.html>
- Ramos, C., & Villate, P. (2012). LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA. *Revista Publica Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina*, 65 - 72.
- Salud. (2015). *Orientaciones para el desarrollo de Jornadas de Salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC*. Bogotá.
- Salud, M. d. (2015). *superintendencia Nacional de Salud*. Bogotá: minsalud.
- Salud, O. M. (2015). *determinantes sociales de la salud OMS*. Recuperado el 01 de Noviembre de 2017, de OMS: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
- Sampieri, H. (2006). *Metodología de la investigación*. Mexico D.F.: Mc Graw Hill Interamericana.
- Sampieri, R. H. (2006). *Metodología de la investigación* . Mexico D.F.: Mc Graw Hill Interamericana
- Sampieri, R. H. (2010). *Metodología de la Investigación quinta edición*. Mexico: McGraw- Hill.

- Sampieri, R. H. (2015). *Metodología de la investigación*. Mexico, D.F : Mc Graw Hill .
- Santa Maria, M. (Marzo de 2011). *Centro de investigación economía y social*. Obtenido de Efectos de la Ley 100 en salud: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2012/08/Efectos-de-la-Ley-100-en-salud-Libro-Salud-web-.pdf>
- Serbia, J. (2007). *Diseño, muestreo y analisis en la investigación cuantitativa y cualitativa*. Buenos Aires: Universidad nacional de lomas de zamora.
- Silva, H. R. (2006). La relación Medico-paciente. *Revista Cubana de Salud Publica*.
- Tovar, M. T. (2013). *Lucha social contra la privatización de la salud*. Bogotá: CINEP/programa por la paz.
- UNICEF. (2002). *UNICEF, va a la escuela para promover los derechos de los niños, niñas y adolescentes*. Argentina.
- UNICEF. (Junio de 2006). *CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO*. Obtenido de <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Uprimny, R. (2012). *Los derechos sociales en serio: hacía un diálogo derecho y políticas publicas*. Bogotá: IDEP.
- Varón, E. Y. (2012). *Repositorio Universidad Pontificia Javerian*. Obtenido de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/2306/RuizVaronEsmilyYusmary2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Velez, M. (2016). *La Salud en Colombia*. Bogotá.
- Velez, M. (2016). *La salud en Colombia. Pasado presente y futuro de un sistema en crisis*. Bogotá.
- Zorilla, S. (1986). *Metodología de la investigación*. España.