

1-1-2018

La salud en la ruralidad en Colombia : un análisis desde el sistema de salud colombiano en el departamento del Chocó bajo los atributos de cobertura y acceso con la crisis en 2014

Luz Piedad Realpe Bernal

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/economia>

Citación recomendada

Realpe Bernal, L. P. (2018). La salud en la ruralidad en Colombia : un análisis desde el sistema de salud colombiano en el departamento del Chocó bajo los atributos de cobertura y acceso con la crisis en 2014. Retrieved from <https://ciencia.lasalle.edu.co/economia/525>

This Trabajo de Grado 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 Economía by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

LA SALUD EN LA RURALIDAD EN COLOMBIA: UN ANÁLISIS DESDE EL
SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ BAJO
LOS ATRIBUTOS DE COBERTURA Y ACCESO CON LA CRISIS EN 2014

LUZ PIEDAD REALPE BERNAL

Trabajo de grado bajo la modalidad Monografía para la obtención del título universitario de
Profesional en Economía

Director: Marco Penagos

UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE ECONOMÍA
BOGOTÁ D.C.
2018

RESUMEN

El desarrollo rural se ha convertido en uno de los principales puntos de la agenda colombiana, entendiendo este concepto como multidimensional, en donde se incluyen mediciones económicas y sociales. Amartya Sen plantea que: para la medición del desarrollo humano se deben agregar aspectos sociales dónde se evidencie la formación de la capacidad humana para mejorar entre otros aspectos el estado de salud. La salud es entonces un servicio fundamental para las poblaciones rurales, por lo tanto, debe existir un sistema de salud que ofrezca cobertura y acceso. En el caso colombiano, el departamento del Chocó se caracteriza por tener una gran cantidad de población rural y problemas en términos de calidad de vida como consecuencia de la desigualdad, pobreza y olvido estatal, a pesar de ser rico en recursos naturales.

Es claro que en las zonas urbanas la cobertura y acceso es mayor que en las zonas rurales debido a “las condiciones propias de exclusión y de injusticia social” (Pineda, 2012, p. 99) lo que da cuenta de las deficiencias del sistema. La presente investigación mediante un método cualitativo y cuantitativo, que incluye la revisión y análisis documental, pretende exponer el avance en términos de cobertura y acceso del sistema de salud en el Departamento del Chocó a partir del desequilibrio presentado en el año 2014.

Palabras clave: Cobertura, acceso, desarrollo rural, desarrollo humano, sistema de salud, Departamento del Chocó.

ABSTRACT

Rural development has become one of the main points of the Colombian agenda, understanding this concept as multidimensional, which includes economic and social measures. Amartya Sen argues that: for the measurement of human development, it must be add social aspects, where it is evident the formation of human capacity to improve, among other aspects, the state of health. Health is then a fundamental service for rural populations, this is why, there must be a health system that offers coverage and access. In the Colombian case, the department of Chocó is characterized by having a large amount of rural population and problems in terms of life quality, as a consequence of inequality, poverty and the state oblivion, despite being rich in natural resources.

It is clear that in urban areas coverage and access is greater than in the rural ones due to "the conditions of exclusion and social injustice" (Pineda, 2012, p. 99), accounting the deficiencies of the system. The present research, using a qualitative and quantitative method, which includes review and documentary analysis, aims to expose the progress in terms of coverage and access of the health system in the Department of Chocó after the imbalance presented in 2014.

Key words: Coverage, access, rural development, human development, health system, Department of Chocó.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	6
1. REFERENTE CONCEPTUAL	9
1.1. ANTECEDENTES	9
1.2. JUSTIFICACIÓN	12
CAPÍTULO I: UN ACERCAMIENTO AL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO Y AL DESARROLLO HUMANO	15
1. MARCO TEÓRICO	15
2. MARCO CONCEPTUAL	19
a. Desarrollo rural	19
b. Sistema de Seguridad Social en Salud	22
c. Acceso y cobertura	23
3. MARCO LEGAL	25
CAPÍTULO 2: CONTEXTO POLÍTICO, ECONÓMICO Y SOCIAL DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ ANTES DE LA CRISIS DEL 2014	26
CAPÍTULO 3: EL ACCESO A LA SALUD EN EL CHOCO Y SU EFECTO EN EL DESARROLLO HUMANO DE LA POBLACIÓN	33
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	42

Tabla de gráficas

Gráfica 1	29
Gráfica 2	29
Gráfica 3	29
Gráfica 4	30
Gráfica 5	32
Gráfica 6	32
Gráfica 7	32
Gráfica 8	34
Gráfica 8	36

Tabla de cuadros

Tabla 1	22
Tabla 2	39

INTRODUCCIÓN

El sector salud, en las estructuras sociales, siempre ha tenido gran relevancia en la medida en que el bienestar: físico, mental y social de quienes hacen parte de un territorio lo convierten en un pilar de importancia para el desarrollo de los Estados. Es por ello que, mediante las políticas públicas, se busca ofrecer este servicio a la zona urbana pero también a las zonas periféricas en donde se encuentra la población rural.

Colombia es un país caracterizado por tener una serie de problemáticas en distintas áreas, siendo la salud una de las más sobresalientes. La Constitución Política exige que el servicio de la salud se debe ofrecer a todos los ciudadanos, pero el sistema de salud actual cuenta con fallas estructurales que han producido efectos negativos sobre la población, desencadenando una disminución en el bienestar y en la calidad de vida de las personas.

En el país, el servicio de salud se rige bajo el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGS-SS), y es “la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros” (Ministerio de Salud, 2004, p. 5).

Este sistema cuenta con dos regímenes de afiliación: el contributivo (RC) y el subsidiado (RS).

El mecanismo de acceso al RC se realiza por medio de la vinculación laboral, así trabajadores independientes, pensionados o asalariados con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo deben vincularse a este régimen. De otra parte, las personas que acceden al RS son las que no cuentan con los ingresos (o vinculación laboral) para realizar los pagos correspondientes. (Rodríguez & Benavides, 2016, p. 362).

Sin embargo, dadas las deficientes condiciones de las zonas rurales, el Gobierno Nacional decide establecer el Sistema General de Participación como una herramienta para mejorar la calidad de vida del sector rural en términos de: salud, educación, agua potable, y saneamiento básico. Que se encuentran contenidas en la ley 715 de 2001

en la cual se especifica que el SGP es administrado por los municipios y distritos; así, estos entes territoriales tienen la responsabilidad de proveer a la población pobre y vulnerable de los corregimientos departamentales los servicios de salud por el RS, además de realizar su seguimiento y control. (Rodríguez & Benavides, 2016, p. 362).

El departamento del Chocó está conformado por 30 municipios, y de acuerdo con la Contraloría General de la Nación (2015) “el 51% del total de la población reside en la zona rural y el 49% restante en la zona urbana.” (p.5). Además, el 71,24% de los afiliados pertenecen al régimen subsidiado. Sin embargo, en el año 2014 la Defensoría del pueblo hizo un llamado al Gobierno Nacional, alegando que las condiciones del servicio de salud del Chocó eran deplorables.

En los últimos años el departamento se ha visto expuesto a nuevas problemáticas como la incursión de nuevos grupos armados ilegales, y el aumento de la minería informal e ilegal. Esto sumado a la escasa gestión pública, ha contribuido a que en el año 2014 el departamento viva una auténtica crisis humanitaria que demanda la acción conjunta de la institucionalidad pública, tanto del orden nacional, como departamental y municipal. (Defensoría del Pueblo, 2014, p. 9)

Las zonas rurales son las principales afectadas, considerando que la afiliación a las EPS (Entidades Prestadoras de Servicios) no es la dificultad, quizás se deba al pésimo servicio ofrecido por las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios) en las que se incluyen: la falta de hospitales, personal médico, entre otros, lo que hace que el sistema de salud falle contundentemente.

El bienestar humano es entonces la base para el desarrollo, esto ha sido planteado por autores como Amartya Sen (1998), al igual que Paul Streeten , Shahid Javed Burki, Mahbub Ul Haq, Norman Hicks y Frances Stewart en el libro “First Things Firts (1981), quienes ven el desarrollo humano más allá del crecimiento económico, en donde las necesidades básicas deben suplirse efectivamente, lo que permite el desarrollo de capacidades. Como consecuencia de estas nuevas corrientes de pensamiento, las organizaciones internacionales como la ONU han concentrado su atención en el ser humano, y se han propuesto metas materializadas por ejemplo en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, base principal que busca impulsar el desarrollo humano.

De igual manera, Aday y Anderson (1974) propusieron que el acceso a un servicio debe tener en cuenta aspectos operacionales y económicos, en donde el uso del servicio sea el

principal factor a tener en cuenta. Adicionalmente agregan que el acceso debe reunir tres variables: la necesidad, la demanda y la oferta del servicio.

El acceso y cobertura no sólo se sostiene bajo la creación de un sistema, también la infraestructura, comunicación, personal e insumos médicos juegan un papel fundamental para ofrecer un servicio de salud efectivo, para el 2014 el 88,57% de la población chocoana estaba afiliada al sistema de salud no hay garantía, no hay información, de que haya una prestación adecuada del servicio.

Tomando en cuenta lo anterior, la presente investigación tiene como principal objetivo el determinar el avance de la cobertura y acceso al sistema de salud colombiano en el Departamento del Chocó a partir del desequilibrio presentado en el año 2014, teniendo la revisión bibliográfica como principal herramienta de recolección de información, lo que permitirá entender la situación que vive esta zona y adicionalmente, analizar la relación entre el mejoramiento de un servicio pública y el desarrollo humano.

La estructura del presente informe es: en el primer capítulo se expondrá un marco teórico y conceptual que permita entender las temáticas tratadas en la investigación. En el segundo capítulo se explicará la situación económica, política y social del Departamento del Chocó antes del desequilibrio presentado en el 2014. Finalmente, en el tercer capítulo a partir de la revisión de literatura se analizará el acceso y cobertura del sistema de salud colombiano en el Departamento del Chocó para el 2014, a través del uso de datos de datos de fuentes gubernamentales tales como el DANE, la Defensoría del pueblo, la Contraloría General de la Nación, Alcaldías y la Gobernación del Chocó.

1. REFERENTE CONCEPTUAL

Con el fin de ubicar la temática del proyecto, a continuación, se presenta el marco conceptual. Considerando: los antecedentes que se han trabajado en desarrollos teóricos en Colombia y particularmente en el Departamento del Chocó. La justificación en la que se muestran las acciones en política por cuenta del estado y finalmente, el desarrollo metodológico realizado para el logro de los objetivos.

1.1. ANTECEDENTES

La salud en Colombia se ha convertido en un tema de investigación importante, ya que es considerado como uno de los servicios fundamentales para el bienestar de la población en general. Adicionalmente, gracias al enfoque territorial, el gobierno nacional le está dando mayor importancia a las zonas rurales, quienes son las principales afectadas por la desigualdad y la pobreza. Lo anterior, indica que para que se produzca desarrollo rural se deben suplir no sólo necesidades económicas, sino que también físicas, emocionales, psicológicas, alimentarias, habitacionales, entre otras.

Como lo plantean Rodríguez & Benavides (2016), es imprescindible tener en cuenta ciertos determinantes que impiden el bienestar de la población y que, de acuerdo al Plan Nacional (2002-2006) dicho bienestar no puede estar garantizado o presenta muchas dificultades como consecuencia de la inequidad, las brechas sociales, la pobreza, baja accesibilidad, entre otros. Además, el tipo de sistema de salud es un determinante clave para entender las desigualdades sociales y de bienestar.

La preocupación por las diferencias rurales y urbanas resulta evidente, dado que los procesos históricos han determinado las condiciones (sociales, ambientales y económicas) en las que se encuentran actualmente las poblaciones y, por otro lado, porque el modelo de salud asociado al ingreso de las personas puede no responder de forma asertiva a los perfiles de enfermedad de estas poblaciones. (Rodríguez & Benavides, 2016, p. 361).

Entonces, el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia es el actor preponderante, puesto que tiene como principal objetivo el regular el acceso, la cobertura, la calidad de la salud en todo el país. Según el Informe al Congreso de la República por parte del Ministerio de Salud, “esa cobertura total pasó de un 93.9% de la población en 2010 a un

96.6% en 2014. Así misma cobertura en lo corrido de los primeros cuatro meses de 2015 se mantiene en 96.7%” (Ministerio de Salud, 2015, p. 19).

De acuerdo con Guerrero, Gallego, Becerril & Vásquez (2011), para el 2010 había un total de 46.358 prestadores de servicios de salud. De éstos, 10 390 eran IPS (9 277 privadas y 1 113 públicas), 34 933 eran profesionales independientes, 341 eran de transporte especial (ambulancias) y 694 tenían un objeto social diferente. Adicionalmente, la Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada en el 2008 arrojó que,

El 14.5% de los encuestados reportaron haber estado enfermos en algún momento durante los últimos 30 días previos a la encuesta.²¹ De ellos, 77.9% acudieron a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o institución de salud. Entre estos, 18.7% debieron costear la enfermedad con recursos propios y/o familiares, 58% la entidad de seguridad social a la que está afiliado les cubrió los costos de atención y tan solo un 0.9% hizo uso de medicina prepagada. (Guerrero et. al., 2011, p. 152).

No obstante, este Sistema tiene muchas falencias, lo cual ha sido reconocido por el Ministerio, por consiguiente, se creó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 que tiene tres objetivos principales: “alcanzar una mayor equidad en salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y lograr cero tolerancias con la morbilidad, la mortalidad y las discapacidades evitables” (Ministerio de Salud, 2015, p. 52).

Esta estrategia despliega múltiples enfoques que buscan generar un cambio en la estructura del servicio de salud, enfocándose en los más necesitados, quienes son los principales afectados por las desigualdades del sistema.

Estudios sobre la situación del sistema de salud en el Chocó se han realizado, uno de ellos es el de Jaime Martínez “Monitoreo al sistema de salud en el departamento del Chocó: 1998-2004”, en el cual se evidencia que la cobertura en dicho periodo de tiempo, pasó de 40,44% a 59,42%. Asimismo,

A pesar de los avances logrados en transferencias de recursos para la salud, todavía quedan excluidas del aseguramiento 168 mil personas en Chocó y las posibilidades de lograr la cobertura universal son bastantes remotas. De una parte, el bajo crecimiento del producto, el desempleo y las nuevas formas de contratación laboral van a seguir siendo un obstáculo para

que lleguen nuevos cotizantes al régimen contributivo, y de otra, los recursos para salud del Sistema General de Participaciones van a seguir financiando la actual afiliación del régimen subsidiado, destinando muy pocos recursos para la ampliación de la cobertura. (Martínez, 2005, p.23).

Igualmente, en el año 2007 se realizó una Encuesta Nacional de Salud que pretendía “diseñar y ejecutar un estudio de cobertura nacional que brindara información sobre morbilidad sentida e institucional, factores de riesgo y discapacidad y de caracterización la oferta y demanda de servicios de salud” (Ministerio de Salud, 2009, p. 12). En dicha encuesta se logró exponer que existen diferencias entre el régimen contributivo y subsidiado,

en cuanto a la libertad de elección de institución a la cual acudir en el momento de la consulta externa, el 70,7% de los usuarios tuvo libertad para elegir la IPS. Los que tienen mayor libertad son aquellos afiliados al régimen contributivo con un 74,1%, en el régimen subsidiado el 64,8% de los usuarios goza de ese privilegio. (Ministerio de Salud, 2009, p. 33).

Otro rasgo que también llamó la atención en la encuesta es que en el Chocó el 29,4% de los usuarios de consulta externa, puede elegir el profesional de su preferencia para su tratamiento. El 73,2% pertenece al régimen contributivo, seguido del 20,3% al régimen subsidiado y el 1,0% a los no afiliados.

Asimismo, el Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DHI, en compañía de la entidad Acción Social, realizaron un diagnóstico de la situación de derechos humanos de los municipios donde se encuentran asentadas las comunidades afrocolombianas en el departamento del Chocó,

sin embargo, por tratarse de la población mayoritaria de Chocó se hizo referencia al departamento en su conjunto, además de referirse a los municipios priorizados por la Corte Constitucional, a saber, el Alto Baudó, Bagadó, Bajo Baudó, Bojayá, Carmen del Darién, Condoto, El Litoral del San Juan, Istmina, Juradó, Nóvita, Quibdó, Riosucio, Sipí, Tadó y Unguía. (Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DHI, 2010, p. 1).

En dicho documento, se hace énfasis en las distintas problemáticas que existen en el Departamento, como consecuencia de la corrupción y la mala ejecución por parte de las

instituciones territoriales, lo que ha llevado entre muchas cosas a tener pésimas condiciones de salud, obligando al Estado Colombiano en 2007 a incluir a 30.000 familias chocoanas en el Programa Familias en Acción, el cual ofreció 25.000 millones de pesos para garantizar la educación, alimentación, salud y vivienda de los chocoanos con nivel I del Sisbén. Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DHI, 2010).

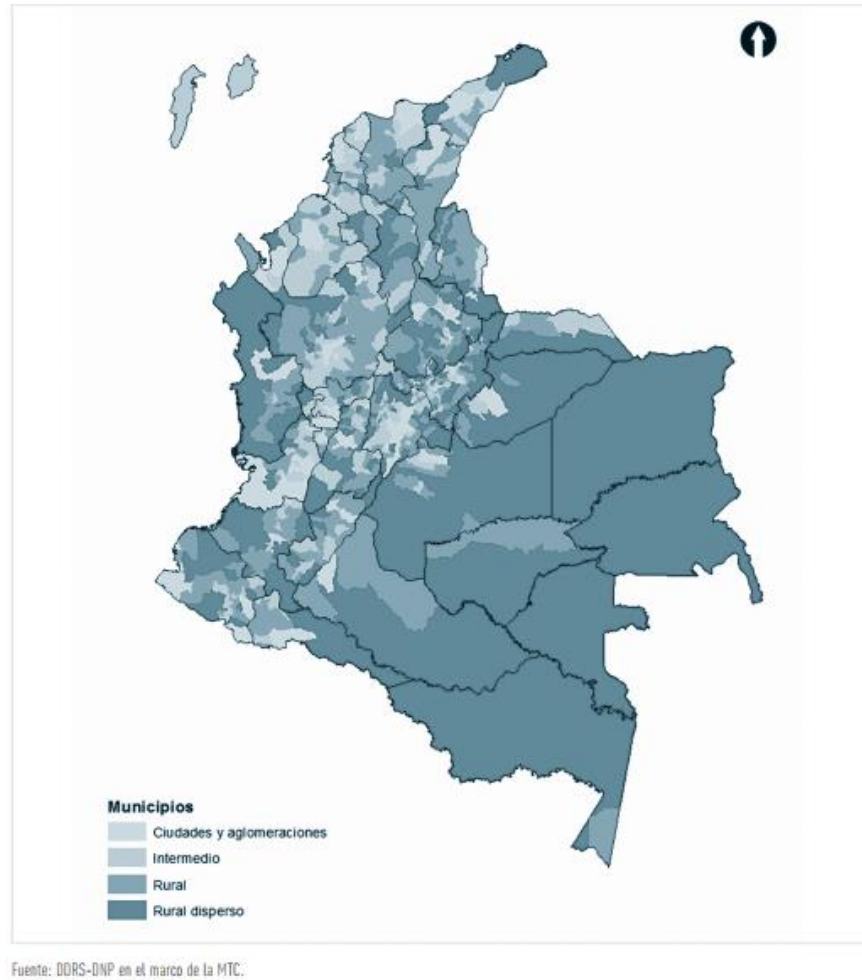
1.2. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo humano ha tomado gran importancia en las agendas mundiales, es por ello que su estudio permite comprender las situaciones actuales de un país a nivel económico, político y social. En el caso del Departamento del Chocó, en donde la mitad de la población es rural, son evidentes las problemáticas en diferentes ámbitos, especialmente en la salud, que en 2014 tuvo una de los mayores desequilibrios, demostrando el olvido que hay por parte de las entidades competentes.

De acuerdo a la Misión para la Transformación del Campo (2014), el departamento del Chocó en su mayoría está conformada por población rural dispersa y rural, convirtiéndolo en un caso oportuno para la investigación, en términos del funcionamiento del sistema de salud en estas zonas periféricas. El siguiente mapa expone lo anterior:

Figura No. 1

Grado de ruralidad en Colombia



Fuente: Misión para la Transformación del Campo (2014).

Adicionalmente, el Gobierno Nacional dentro de su Plan Nacional ha enfatizado en la importancia que tiene lo rural, y es ahí donde el enfoque territorial ha jugado un papel fundamental para el desarrollo de las poblaciones que habitan en estas zonas. Entonces, el desarrollo rural se convierte en fuente clave del desarrollo humano, entendiendo que muchos de estos ciudadanos viven en condiciones que no garantizan una buena calidad de vida.

El servicio de la salud, es uno de los retos más grandes para el gobierno, puesto que aún existen fallos en su modo de operar, generando problemas sociales graves. Por lo tanto, este tipo de investigaciones permiten exponer el cómo se está ofreciendo un servicio de este tipo en una zona específica (Departamento del Chocó) y si verdaderamente su acceso es el adecuado para suplir las necesidades de los ciudadanos, es decir, da cuenta del manejo por parte de la institución nacional y de su preocupación ante zonas en las que lo rural sea lo que prevalezca.

1.3. METODOLOGÍA

Se realizará una investigación descriptiva y correlacional que, a partir de un método cualitativo y cuantitativo, pretende determinar el avance de la cobertura y acceso de los servicios de salud en el Departamento del Chocó teniendo en cuenta la crisis del 2014. Es por esto, que la investigación busca realizar un seguimiento de fuentes secundarias principalmente, tales como: libros, revistas científicas, artículos académicos, entre otros.

La presente investigación estará dividida en tres fases, en la primera se realizará un marco conceptual que incluya términos como desarrollo rural, cobertura, acceso y Sistema de Seguridad Social en Salud. Adicionalmente, se planteará un marco teórico que permita explicar el desarrollo humano, en donde se incluya el bienestar humano como uno de los principales motores de desarrollo.

En la segunda fase se realizará una observación documental que tendrá en cuenta documentos científicos, académicos y gubernamentales, que incluyan información sobre el funcionamiento del sistema de salud en el Chocó.

Finalmente, en la tercera fase se realizará el respectivo análisis de los datos encontrados a través de la utilización de estadísticas, que permitan exponer de manera adecuada los resultados, lo que conllevará a la solución de la respuesta de investigación.

CAPÍTULO I: UN ACERCAMIENTO AL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO Y AL DESARROLLO HUMANO

En este capítulo se realizará una contextualización teórica, conceptual y legal, que permitirá entender la importancia del desarrollo humano y de su relación con el acceso a servicios como la salud, lo que da paso a una mejora en la calidad de vida.

1. MARCO TEÓRICO

Durante los años 70 y 80 el desarrollo estaba fuertemente relacionado con el crecimiento económico, es decir, mientras más dinero tuviera una economía, más desarrollo se iba a producir; lo anterior se vio reflejado en las ayudas que prestaban los países desarrollados a los subdesarrollados, sin embargo, “las instituciones financieras internacionales (IFIs) empezaron a recibir duras críticas. Las políticas de ayuda a los países menos desarrollados han sido cuestionadas tanto en su efectividad como en su utilidad” (Edo, 2002, p.1).

No obstante, autores como Paul Streeten, Shahid Javed Burki, Mahbub Ul Haq, Norman Hicks y Frances Stewart en 1982 y con la colaboración del Banco Mundial, propusieron en su libro “Primero lo primero”, una nueva forma de percibir el desarrollo humano a partir de las necesidades básicas, principalmente en términos de educación y salud. “Las necesidades básicas no constituyen un concepto de bienestar social, ya que un nivel más elevado de educación y un mejor estado de salud puede aportar una contribución de importancia para acrecentar la productividad” (Streeten, Burki, Haq, Hicks & Stewart, 1982, p. 17).

El principal aporte que dan estos autores es que plantean el desarrollo humano más allá del crecimiento con equidad, el desarrollo rural integrado, la disminución del desempleo y la redistribución de la riqueza; su aporte indica que

los mejores niveles de educación, nutrición y salud son beneficiosos en cuanto a reducir la fecundidad, aumentar la productividad de la mano de obra, elevar la adaptabilidad y capacidad al cambio de la gente, y crear un ambiente político para el desarrollo estable (Streeten et al., 1982, p. 18).

Adicionalmente, el estudio arrojó que debe haber complementariedad entre varios sectores, lo que llevaría a soluciones más eficaces y menos costosas, por ejemplo, la educación básica mejora el efecto de los servicios de salud, lo que significa que los niños al gozar de mejor salud podrán beneficiarse más de la educación.

El efecto de la inversión en servicios de saneamiento en el estado de salud depende de la educación en higiene personal. De manera análoga, es improbable que los servicios médicos curativos resulten muy eficaces si la gente está crónicamente malnutrida, usa agua infestada de gérmenes, no dispone de servicios de saneamiento y sigue prácticas deficientes de salud en sus vidas personales (Streeten et al., 1982, p. 19).

Como consecuencia de estudios como el anterior, se empiezan a diseñar nuevas teorías sobre el desarrollo humano y uno de los pioneros fue Amartya Sen quien plantea el desarrollo como libertad.

El desarrollo puede concebirse, como un proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutaran los individuos. El hecho de centrar la atención en las libertades humanas contrasta con las visiones más estrictas de desarrollo, como su identificación con el crecimiento del PNB, con el aumento de las rentas personales, con la industrialización, con los avances tecnológicos o con la modernización social. (Sen, 2000, p.3).

Los indicadores económicos permiten efectivamente la expansión de las libertades de los individuos, pero también se deben agregar indicadores sociales, económicos y políticos que incluyan la educación, la salud, la nutrición, saneamiento, agua potable, la libertad de participar en debates políticos, entre otros.

La concepción del desarrollo como un proceso de expansión de las libertades fundamentales lleva a centrar la atención en los fines por lo que cobra importancia el desarrollo y no sólo en algunos medios que desempeñan, entre otras cosas, un destacado papel en el proceso. (Sen, 2000, p.3).

Es por ello y como lo plantea Sen (2000), el desarrollo debe eliminar los obstáculos que impiden las libertades de los individuos, como por ejemplo, la pobreza, la corrupción, la

falta de servicios públicos, la intolerancia o la intervención represiva por parte de los Estados. “La privación de la libertad está estrechamente relacionada con la falta de servicios y atención social públicos, como la ausencia de programa epidemiológicos o de sistemas organizados de asistencia sanitaria o de educación” (Sen, 2000, p.3).

El Informe de Desarrollo Humano proporcionado por el PNUD plantea, inicialmente, una perspectiva del desarrollo humano que considera el análisis de indicadores de carácter económico que dan a los Estados una visión de lo que consideran bienestar de las poblaciones; pero se amplía a una segunda perspectiva, que analiza las políticas socioeconómicas y las formas de existencia de las personas y sus grupos humanos en la satisfacción de las necesidades humanas. (Bedoya, 2010)

La perspectiva de desarrollo humano conlleva a un sentido más amplio del quehacer de los gobiernos y otras instituciones en su responsabilidad en el ofrecimiento de oportunidades y la garantía de libertades para que las personas desarrollen sus capacidades. Este enfoque define el desarrollo humano como el proceso de ampliación de las opciones de las personas y mejora de las capacidades humanas.

En este proceso juegan un papel importante varias y diferentes instituciones, como son los mercados y las organizaciones relacionadas con ellos, los gobiernos y las autoridades locales, los partidos políticos y otras instituciones ciudadanas, los sistemas de educación y las oportunidades de diálogo y debate públicos, incluidos los medios de comunicación. (Bedoya, 2010, p. 285).

Adicionalmente, Amartya Sen introduce el concepto de capacidades, con el cual buscaba una forma de evaluar el bienestar individual, los acuerdos sociales y el diseño de políticas públicas.

Las capacidades son usadas para evaluar varios aspectos del bienestar individual, los grupos y la sociedad, tales como la desigualdad, la pobreza, la ausencia de desarrollo, la calidad de vida. Asimismo, puede ser usado como una herramienta para diseñar y evaluar políticas públicas de organizaciones gubernamentales o no-gubernamentales. (Urquijo, 2014, p. 66).

Y cuando se habla de capacidad se refiere a que una persona es capaz de hacer ciertas cosas básicas, como la habilidad de satisfacer ciertas necesidades alimentarias, de salud, la capacidad de tener vestimenta o vivienda.

Las personas son las portadoras de las capacidades, por lo que son el fin y el medio del desarrollo humano. Pero las capacidades vienen fuertemente condicionadas por el entorno ambiental, económico, político, social y cultural en el que se desarrollan, por lo que para garantizar la ampliación de las capacidades de las personas cualquier estrategia deberá trabajar tanto la dimensión individual como colectiva. (Cañete & Robles, 2007, p. 16).

Entonces, la salud para Amartya Sen hace parte de una de las cinco libertades instrumentales necesarias para lograr el desarrollo humano,

El concepto de la salud vista como capacidad nos cambia la forma de analizar la realidad y, por lo tanto, también la forma de intervención en ella. Se tratará de estudiar la enfermedad como un problema cuyas causas y consecuencias no sólo son individuales, sino colectivas e incluso estructurales. La enfermedad tiene fuertes consecuencias en la capacidad de elegir y, en consecuencia, en los logros o realizaciones que obtengan las personas y las sociedades. (Cañete & Robles, 2007, p. 16).

Este enfoque propone que la salud sea vista como un derecho fundamental para población, en donde las políticas públicas, que incluyan la participación de las comunidades, mejoren sus condiciones de salud, lo que contribuiría a cerrar las brechas sociales. Es por ello que la salud y la construcción de la ciudadanía son bases importantes para incentivar el desarrollo de la sociedad.

Para asumir conciencia ciudadana se requiere desarrollar capacidades en la gente, crear espacios de libertades y derechos. En ese contexto, la salud y la educación son dos ejes vitales del desarrollo y están transversalmente entroncadas con los procesos de construcción de ciudadanía y de derechos. (Cañete & Robles, 2007, p. 16).

Sen en su Discurso inaugural pronunciado ante la 52a Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, el 18 de mayo de 1999, llamado “La salud en el Desarrollo”, plantea que la salud

es parte integrante de un buen desarrollo, por lo que una sana podrá obtener ingresos más fácilmente obtener asistencia médica, mejorar su nutrición y gozar de la libertad necesaria para llevar una vida más sana.

2. MARCO CONCEPTUAL

Para el desarrollo de la presente investigación, se hace necesario conceptualizar términos importantes que ayudarán a generar un mejor entendimiento de la misma. A continuación, se exponen dichos conceptos:

a. Desarrollo rural

El desarrollo rural en la última década se ha convertido en uno de los pilares fundamentales de las agendas estatales alrededor del mundo, esto debido a la importancia que tiene y a la gran cantidad de problemáticas que lleva consigo, desacelerando el crecimiento económico. Esta temática comprende diversos subtemas como lo son la agricultura, la pesca, saneamiento, agua, salud, seguridad alimentaria, entre otros.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, han sido los principales promotores de las iniciativas relacionadas con el desarrollo rural, viéndose como punto focal para lograr el desarrollo en los distintos países que lo necesiten. Adicionalmente la pobreza se convierte en un tema principal en las agendas mundiales, siendo un factor decisivo en lo que se refiere a la desaceleración del desarrollo.

Adicionalmente, la evolución de los procesos de globalización e internacionalización han generado profundas transformaciones en las dinámicas de desarrollo, asociadas al sector rural, sus complejas problemáticas han sido tratadas en distintos momentos, desde distintas perspectivas e igualmente con propósitos disimiles.

En este contexto, la concepción de desarrollo rural ha evolucionado históricamente y ha transitado por las visiones: modernistas, estructuralistas, dependentistas, llegando a los neoliberales y neo-institucionalistas.

En las últimas décadas se ha producido un cambio en las acciones destinadas a promover la mejora de la calidad de vida en el mundo rural, así, la conceptualización del desarrollo rural se ha ido adaptando a los nuevos desafíos impuestos por cuestiones como la competencia internacional, la presión demográfica y el cambio climático y tecnológico, de esta manera, entran en juego distintos elementos como la sostenibilidad ambiental que exigen una visión más amplia de la realidad del sector.

Para la OCDE, el desarrollo rural no sólo se basa en el progreso económico, es también un desarrollo integrado donde los aspectos humanos adquieren gran importancia. En este sentido, el paradigma propuesto está basado en 8 componentes: gobernabilidad, multisectorialidad, infraestructura, vínculos urbano-rurales, inclusividad, género, demografía y sostenibilidad, los cuales deben ir incorporados en las estrategias de desarrollo para que estas sean exitosas.

Los gobiernos y organismos internacionales han acogido los distintos enfoques y teorías para promover políticas, programas y proyectos diferenciados, que atiendan las múltiples necesidades del sector rural. El Banco interamericano de Desarrollo (BID), por ejemplo, promueve una política de desarrollo rural dirigida “al mejoramiento sostenido de la calidad de vida de la población rural de bajos ingresos, procurando asegurar al mismo tiempo, una efectiva y eficiente contribución de la economía rural al proceso de desarrollo nacional.

Para ello se apoya el desarrollo de las economías campesinas y otros sectores de menores ingresos de las áreas rurales a través de diversas combinaciones de esfuerzos de acuerdo a las circunstancias específicas de cada comunidad local” .

Siguiendo esta línea, el Fondo internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), promueve el desarrollo rural como un proceso de mejoramiento de las oportunidades y el bienestar de la población rural. Lo entiende como un proceso de cambio en las características de las sociedades rurales, donde no solo se favorece el desarrollo económico del sector agrícola, sino que además se tiene en cuenta el desarrollo humano, social y medioambiental.

Igualmente, una de las definiciones que ilustra mejor el carácter amplio de desarrollo rural es la utilizada en conjunción con el Segundo Decenio del Desarrollo patrocinado por la ONU en la década de 1970, la cual equipara el desarrollo rural con la transformación profunda de las estructuras sociales y económicas, instituciones, relaciones y procesos en cualquier área rural. (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura, 1985).

Desde la FAO se concibe que los objetivos del desarrollo rural no son simplemente el crecimiento agrícola y económico en el sentido estricto, sino que involucra un desarrollo social y económico equilibrado.

Hoy en día, el desarrollo rural es visto como un concepto integral que abarca múltiples factores además del económico, tales como culturales, de identidad, gestión y manejo de los recursos ambientales, y está orientado a mejorar la calidad de vida de las poblaciones, abandonando la visión sectorial del campo. En esta línea de pensamiento confluyen otros enfoques como el desarrollo local, la nueva ruralidad, la multifuncionalidad del espacio rural y, más recientemente, el capital social. (Márquez y Foronda, 2005, p.2).

En Colombia, la diferencia entre lo rural y lo urbano ha estado marcada por los censos,

así, en los dos últimos censos lo rural fue definido como: i) áreas no incluidas dentro del perímetro de la cabecera municipal (censo de 1993) [18]; ii) zonas localizadas por fuera del perímetro urbano, es decir centros poblados y en el resto del municipio (censo de 2005). (Rodríguez & Benavides, 2016, p. 362).

Sin embargo, en el país también se toman otras consideraciones tales como la concentración de las poblaciones, los tipos de actividades económicas, los recursos naturales, entre otros. Por otro lado, la Misión para la Transformación del Campo y como se evidencia en la Tabla 1, volvió a categorizar las zonas del país y encontró que la población rural en Colombia ascendió en 2014 a 30,4% demostrando que deben ser zonas tomadas en cuenta por su alto porcentaje. (Departamento Nacional de Planeación, 2014, p. 32).

Tabla 1

Nivel de ruralidad en Colombia (2014)

Categoría	Número de municipios y ANM	Población cabecera	Población resto	Población rural	Población total
Ciudades y aglomeraciones	117	28.529.930	2.088.360	2.088.360	30.618.290
Intermedios	314	4.644.221	3.337.839	3.337.839	7.982.060
Rural	373	2.291.912	3.110.823	5.402.735	5.402.735
Rural disperso	318	893.205	2.765.497	3.658.702	3.658.702
Total general	1.122	36.359.268	11.302.519	14.487.636	47.661.787
Porcentaje de la población		76,3 %	23,7 %	30,4 %	

Fuente: DDORS-DNP en el marco de la MTC.

Fuente: Misión para la Transformación del campo. (2014).

b. Sistema de Seguridad Social en Salud

El Sistema de Seguridad Social en Salud (SGS-GG), es la forma como el gobierno nacional garantiza el acceso a la salud a los ciudadanos y extranjeros. Es un servicio de carácter obligatorio, en donde se realiza una afiliación a una Entidad Promotora de Salud (EPS), y finalmente los servicios se reciben a través de la Institución Prestadora de Servicios (IPS). (Ministerio de Salud, 2004).

Al SGS-GG se accede a través de dos tipos de régimen: el Contributivo y el Subsidiado. “Al Régimen Contributivo deben afiliarse todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, los trabajadores independientes con capacidad de pago, las madres comunitarias y los aprendices en etapa lectiva y productiva” (Ministerio de Salud, 2014, p. 14).

Por otro lado,

en el Régimen Subsidiado en Salud deben estar afiliadas las personas pobres y vulnerables del país, es decir, las clasificadas en los niveles 1 o 2 del Sisbén, siempre y cuando no estén afiliadas al régimen contributivo, especiales o de excepción, y las poblaciones especiales prioritarias, tales como personas en condición de desplazamiento, población infantil abandonada a cargo del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas; personas mayores en centros de protección; población rural migratoria; personas del

programa de protección a testigos; indigentes y población gitana (conocida como ROM), entre otros. (Ministerio de Salud, 2014, p. 37).

Adicionalmente, las entidades territoriales deberán encargarse de la población pobre que no esté afiliada, a través del Sistema General de Participaciones (SGP), esto con el fin de ofrecerles los servicios necesarios para una mejor calidad de vida.

Por su parte, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), son las encargadas de recibir los aportes de los afiliados, promover la inscripción de la población no cubierta por el servicio, organizar las formas de acceso a los servicios de salud para la población afiliada, asegurar el ingreso a las instituciones prestadoras de servicio (las IPS que incluyen a hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios y laboratorios) a través de convenios y contratos y establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportunidad y de calidad en los servicios ofrecidos por parte de las instituciones involucradas. (Ministerio de Salud, 2014).

c. Acceso y cobertura

Es fundamental entender que la cobertura, fue el método utilizado por la Ley 100 de 1993, a través del cual se buscaba aumentar la afiliación de los colombianos en el sistema de salud y como consecuencia de esto, se vería un aumento en el acceso a la salud, sin embargo, existen otras variables que influyen en el acceso.

Aun cuando una persona esté asegurada por el SGSSS, persisten ciertas barreras que pueden evitar que reciba atención médica en caso de necesitarlo. Algunas de estas barreras relacionadas con la oferta, como la falta de centros de atención o una mala calidad del servicio, y otras relacionadas con la demanda, como la falta de dinero o la necesidad de atención médica percibida por las personas. (Ayala, 2014, p. 1).

El acceso a los servicios de salud se entiende como “la capacidad que desarrolla una persona o un grupo para buscar y obtener atención médica” (Restrepo, Silva, Andrade & VH-Dover, 2014, p. 244). Sin embargo, otros autores han ofrecido diversos significados para este concepto; en el texto de Restrepo et al. (2014) se plantea que “Para Andersen, se trata de la “capacidad de utilizar los servicios de

salud cuando y donde sea necesario” (2); para Cromely y McLafferty el acceso es el “poder de disponer de los recursos del servicio de salud” (3); para Dixon-Woods et ál. (como se cita en Anderson, 1995; Cromley, 2002; Dixon-Woods et al., 2006).

El acceso entonces reúne tres variables: la necesidad, la demanda y la oferta del servicio, es decir, se presenta primero la necesidad de atención médica de una persona, después se demanda el servicio y por último se llega al acceso del servicio a través de la oferta del mismo.

Two main themes regarding the access concept appear in the literature. Some researchers tend to equate access with characteristics of the population (family income, insurance coverage, attitudes toward medical care) or of the delivery system (the distribution and organization of manpower and facilities, for example). Others argue that access can best be evaluated through outcome indicators of the individual's passage through the system, such as utilization rates or satisfaction scores. These measures, they argue, permit "external validation" of the importance of the system and individual characteristics. (Aday & Anderson, 1974, p. 209).

Y aunque son muchas variables las que permiten exponer el acceso a los servicios de salud por parte de una población, Aday & Anderson (1974), proponen tener en cuenta aspectos económicos y operacionales de manera conjunta, en donde el uso del servicio sea el principal factor a tener en cuenta, y no solo la presencia del mismo. Adicionalmente, proponen dos tipos de indicadores; el primero son los “indicadores de procesos” que,

reúne las variables que pueden medir características del sistema y de la población en riesgo... y por el lado de las características de la población, se incluyen las actitudes de los individuos hacia la atención médica, ingresos, cobertura de seguro, género, estado civil, educación, raza, lugar de residencia, percepción del estado de salud y síntomas. (Reina, 2014, p. 7).

El segundo grupo hace referencia a los “indicadores de salida”, que relacionan con las variables de utilización y satisfacción, “los cuales son medibles a partir del servicio utilizado, el lugar de la atención, el número de visitas al médico y el

porcentaje de personas satisfechas e insatisfechas con la atención recibida, entre otras” (Reina, 2014, p. 7).

3. MARCO LEGAL

La Constitución Política de Colombia definió la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos obligatorios, que tienen que ser garantizados para todos los ciudadanos colombianos. El marco legal que regula el servicio de la salud se enmarca en dos leyes principales: la ley 100 de 1993 y la 715 de 2001; la primera, se diseñó para garantizar el cumplimiento de los principios constitucionales del sistema de seguridad integral.

En el campo de la salud se pretende universalizar el aseguramiento con una cobertura amplia de beneficios, a través de los sistemas contributivo y subsidiado; al primero pueden pertenecer los trabajadores con contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, y al segundo, las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, esto es, la población más pobre y vulnerable del país. (Martínez, 2005, p. 4).

Por otro lado, la ley 715 de 2001 reglamentó los aspectos relacionados con la descentralización de la prestación del servicio de salud, creando el Sistema General de Participaciones, que le asigna a las entidades territoriales competencias en términos de la financiación de los servicios públicos. El sistema de salud está conformado de la siguiente manera: a) una participación con destinación específica para el sector educativo, que se denominará participación para educación; b) una participación con destinación específica para el sector salud, que se denominará participación para salud; c) una participación de propósito general que incluye los recursos para agua potable y saneamiento básico, que se denominará participación para propósito general.

Los recursos estatales del SGP para salud se destinarán a financiar los gastos en: apoyo a la demanda hasta lograr y mantener la cobertura total, prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y acciones diversas de salud pública. (Martínez, 2005, p. 4).

CAPÍTULO 2: CONTEXTO POLÍTICO, ECONÓMICO Y SOCIAL DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ ANTES DE LA CRISIS DEL 2014

El Departamento del Chocó se encuentra ubicado en la región pacífica colombiana, tiene una extensión de 46.530 km², “limita por el norte con la República de Panamá y el mar Caribe, por el oriente con los departamentos de Antioquia, Risaralda y Valle del Cauca, por el sur con el departamento del Valle de Cauca, y por el occidente con el océano Pacífico” (ACNUR, 2007, p.1). Es una región periférica que se desarrolla alrededor de ciudades como Cali, Medellín y Bogotá, sin embargo y a diferencia de las anteriores, el Chocó

tiene casi todas las características atribuidas a las naciones atrasadas: un alto porcentaje de su población se ocupa en agricultura de subsistencia, dependencia de la “exportación” de productos primarios, potencia y medios de transporte inadecuados, la casi evidente falta de industria, la inhospitalidad geográfica y condiciones climáticas, y la pobreza extrema que se refleja en la falta de ahorro interno y de inversión. (Sanders, 2003, p.1).

Determinantes como estos, exponen las diferencias de este departamento con respecto a otras regiones y ciudades del país, que poseen mejores estándares de vida, al igual que un desarrollo industrial superior. Sin embargo, es claro que es una zona rica en recursos naturales para desarrollar, “el departamento del Chocó ilustra la inmensa biodiversidad, y dotación de recursos naturales renovables y no renovables que caracteriza al país. El departamento cuenta con una gran riqueza en minería, madera, agua, flora y fauna” (Serra & Schoeller, 2014, p. 14).

El lento desarrollo se debe principalmente a que el servicio educativo es deficiente, produciendo el desplazamiento de los jóvenes hacia otras zonas del país, quienes buscan mejores oportunidades de vida. Además, a pesar de que dicha riqueza podría ser capitalizada para mejorar la situación del departamento, la explotación no sostenible, la competencia violenta para obtenerla, la corrupción y su uso ineficiente se convierten en obstáculos para sacarle el mejor provecho. (Serra & Schoeller, 2014).

La falla puede encontrarse básicamente en la orientación del sistema educativo. Mientras que la economía chocoana continúa a un nivel primitivo e improductivo, relegando la mayor parte de la población a la desnutrición, su juventud ambiciosa y educada vuelve la

espalda, a menudo con pesar, para aplicar sus talentos en cualquiera otra parte. (Sanders, 2003, p.1).

Por otro lado, al tener presencia multiétnica lo convierte en un lugar particular para las propuestas de desarrollo.

El Departamento del Chocó, posee un total de 454.030 habitantes, según cifras estimadas a partir de la población censada en 2005; concentrándose el 24% en Quibdó, Capital del Departamento. De esta población el 82.7% (372.305) es afro descendiente; el 11.9% es indígena y el 5.4% restante es mestizo y blancos. (Cámara de Comercio del Chocó, 2014, p.10).

El territorio chocoano se puede dividir en cuatro unidades sociogeográficas distintas: la primera se denomina la subregión del Urabá, influenciada por la colonización antioqueña-cordobesa; la segunda, la cuenca alta de Atrato, que se caracteriza por tener actividades económicas más dinámicas centradas en Quibdó; la tercera, la subregión del San Juan, ligada a la cuenca marina del Pacífico, hacia donde drena este río y su población ha estado más dedicada a la explotación del oro; y por último, el litoral del Pacífico, vinculado en su mayoría a las dinámicas del occidente colombiano. (ACNUR, 2007).

Entre las cuatro subregiones identificadas, existe una débil integración económica y política administrativa. Las comunicaciones entre ellas son precarias y lentas y suelen darse a través del sistema hidrográfico, principalmente por los ríos... Estas condiciones geográficas, poblacionales y económicas, junto con su débil desarrollo institucional, hacen del departamento de Chocó un escenario de elevado valor estratégico para los actores armados irregulares, que libran una disputa territorial en el departamento. (ACNUR, 2007, p.2).

El tráfico de armas y drogas es muy común en este departamento, como consecuencia, no sólo de la debilidad institucional, sino que también al tener grandes zonas selváticas, el control y acceso por parte del Estado se hace difícil, lo que genera el crecimiento de grupos ilegales, que utilizan estos espacios para la extracción ilegal de recursos forestales y mineros y la siembra de cultivos ilícitos. De igual forma, al ser una región ocupada por grupos afrodescendientes e indígenas, quienes hacen uso colectivo de la tierra, ofrece un

escenario propicio para la intimidación y desplazamiento forzado para el uso de dichas tierras. (ACNUR, 2007).

Por lo anterior,

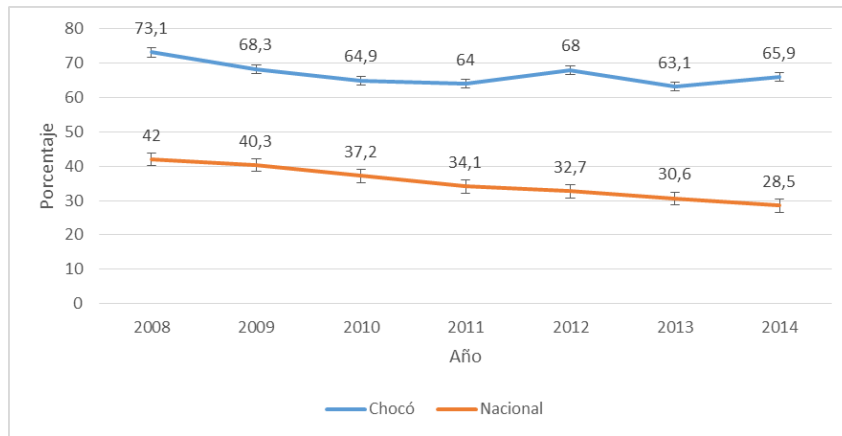
el Chocó es, cada vez más, víctima de bloqueos económicos en buena parte de su territorio, interrupciones en el suministro de provisiones y las comunidades negras, indígenas y mestizas se ven obligadas a desplazarse o se ven imposibilitadas para moverse y acceder a los servicios mínimos. (Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, 2004, p.19).

Adicionalmente, es importante denotar, que es una región con baja densidad poblacional, a diferencia de otras áreas de Colombia. La mayor parte de la población se encuentra ubicada cerca de los ríos y mares, “esto constituye un aspecto importante a tener en cuenta en las comunicaciones, la cultura y el desarrollo socioeconómico de la región, así como el hecho que el 57,1% de la población, se encuentra ubicada en la zona rural del departamento” (Cámara de Comercio del Chocó, 2014, p.10).

El Chocó cuenta con los índices de pobreza más altos de país, en las gráficas 1, 2 y 3 se puede observar que para el 2014, el 65,9% de la población vivía en condición de pobreza, mientras que el 39,1% vivía en condiciones de pobreza extrema.

Gráfica 1

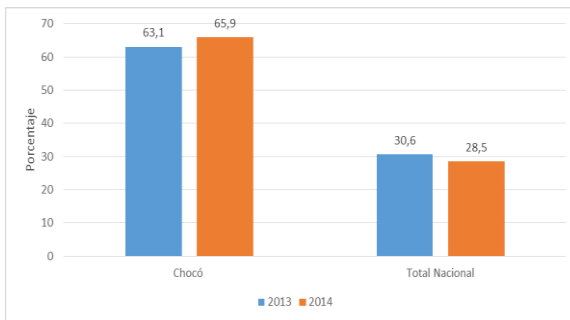
Incidencia de la pobreza monetaria en Chocó 2002-2014



Elaboración Propia, Tomado de: DANE

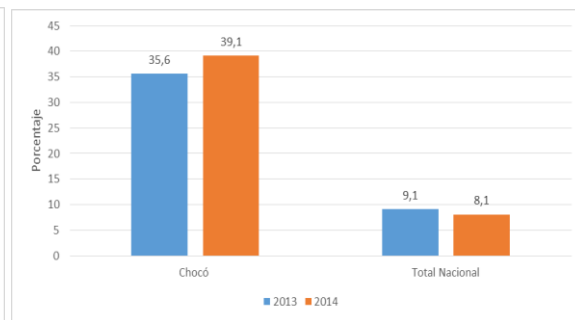
Gráfica 2

Incidencia de la Pobreza 2013-2014



Gráfica 3

Incidencia de la Pobreza Extrema 2013-2014



Elaboración propia

Tomado de: DANE

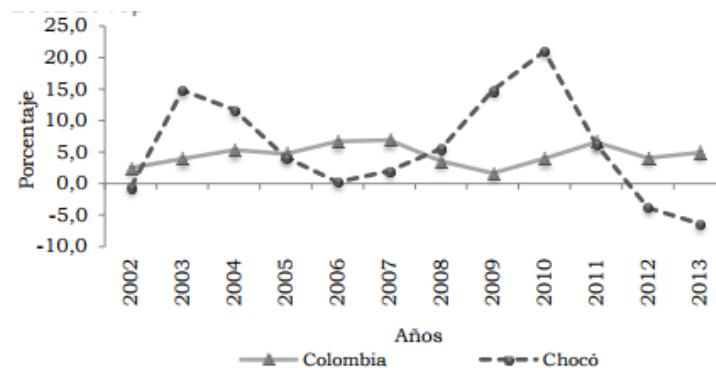
Entre 2013 y 2014 en el Departamento del Chocó hubo un aumento de 2,8 puntos porcentuales; a su vez, a nivel nacional la pobreza tuvo una disminución de 2,1 puntos porcentuales pasando de 30,6% en 2013 a 28,5% en 2014. Por otro lado, en términos de pobreza extrema, entre los mismos años hubo un aumento de 3,5 puntos porcentuales, y a nivel nacional la pobreza extrema pasó de 9,1% en 2013 a 8,1% en 2014, con una disminución de 1,0 punto porcentual.

En adición, y de acuerdo con el censo nacional del 2005 “la esperanza de vida en el departamento es de 58,3 años (12 años menos que la del colombiano promedio), y se ve afectada por el indicador de la calidad de vida más bajo del país: el 79,2 por ciento de los chocoanos presenta al menos una necesidad básica insatisfecha, frente al 27,8 por ciento a nivel nacional” (Serra & Schoeller, 2014, p. 14).

Para el 2011, “el Producto Interno Bruto per Cápita era de 7.457.295 pesos, en comparación con la mediana nacional de 13.372.404 Pesos (DANE, 2012). Por su parte, la siguiente gráfica muestra el crecimiento anual del PIB en el Chocó y a nivel nacional:

Gráfica 4

Crecimiento anual del PIB en el Departamento del Chocó y a nivel Nacional



Tomado de: Banco de la República, 2015

“Entre 2006-2010, el PIB departamental registró una tendencia al alza, por el crecimiento de explotación de minas y canteras y actividades de servicios sociales, comunales y personales; en 2010 registró su máximo incremento (21,0%). Los siguientes años se desaceleró y en 2013 llegó a su punto más bajo (-6,4%)” (Banco de la República, 2015, p.20). Dicha disminución se presentó principalmente por la reducción en lo que se refiere a explotación de minas e industria manufacturera.

Otro rasgo importante es la corrupción, que de acuerdo con el Índice de Transparencia Departamental y Contralorías, realizado por la Corporación Transparencia por Colombia (2014), Chocó, Vaupés, Guainía, Caquetá, La Guajira y Putumayo se encuentran en la categoría riesgo muy alto de corrupción. La institucionalidad departamental es más bien

débil, con deficiencias que no permiten garantizar que los recursos públicos estén protegidos de los intereses de la corrupción. (p.16).

Las asimetrías institucionales a nivel nacional son evidentes,

mientras la Gobernación de Antioquia obtiene una calificación de 82,4/100 puntos, la del Chocó apenas logra 31,0/100 puntos. Estas calificaciones, que reflejan los extremos de la evaluación, también representan los extremos de las inequidades sociales y de la calidad de la presencia del Estado en el territorio. (Corporación Transparencia por Colombia, 2014, p.15).

Considerando lo anterior, Quibdó por ejemplo se ha convertido en el foco de actos de corrupción,

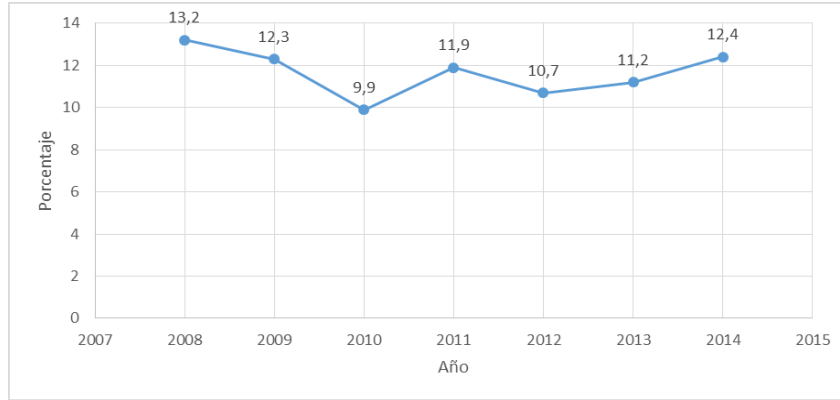
es un municipio débil, que percibe pocos recursos por impuestos, cuya inversión se soporta mayoritariamente en los giros del sistema general de participaciones, para el momento es una administración comprimida, que no prioriza en prácticas de gobierno moderno y en fortalecimiento institucional, se ve compelido a enfrentar niveles de eficiencia cuestionables. (Palacios, 2014, p.4).

Se debe agregar que, Quibdó es una ciudad que le ha brindado a sus habitantes condiciones de vida precarias, en donde el desempleo y la poca planificación han ocasionado que haya baja calidad educativa y de salud, además, de la carencia de vías de comunicación, la desnutrición y los elevados índices de violencia. (Palacios, 2007).

En efecto, la corrupción y la falta de una institucionalidad fuerte han provocado diversas problemáticas sociales que afecta a la población chocoana, “el índice de Gini para los años 2014-2015 fue de 0,598, siendo mucho mayor que a nivel nacional. La tasa de desempleo para el 2014 (Gráfica 5) fue de 12,4% representando un aumento de 1,2 puntos porcentuales con respecto al 2013 que fue de 11,2%.” (DANE, 2015).

Gráfica 5

Tasa de desempleo Chocó



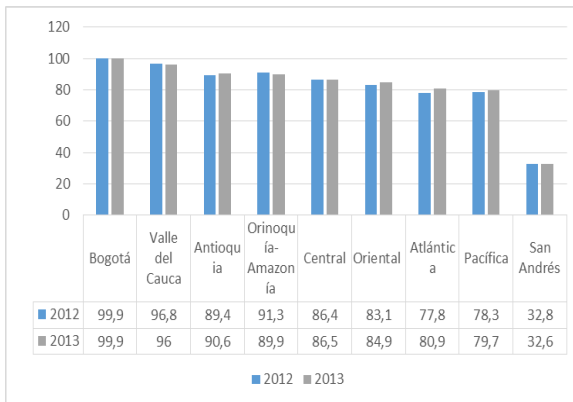
Elaboración propia

Tomado de: DANE

Con respecto a los servicios básicos, de acuerdo a la Encuesta de Calidad de vida, la región pacífica (sin incluir Valle del Cauca), sigue teniendo índices bajos con respecto a otros departamentos del país, así lo muestran las siguientes gráficas:

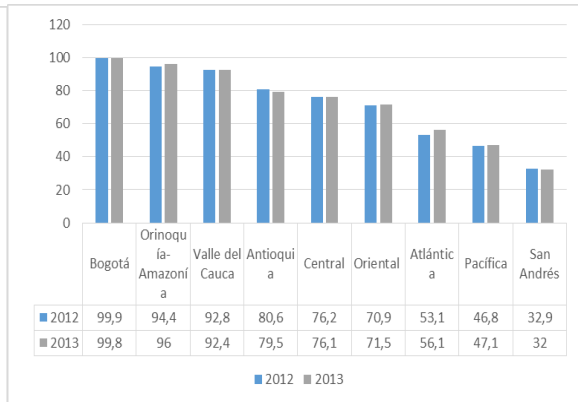
Gráfica 6

Porcentaje de hogares con acceso a acueducto. EVC (2012-2013) Regiones



Gráfica 7

Porcentaje de hogares con acceso al alcantarillado. ECV (2012-2013) Regiones



Elaboración propia

Tomado de: DANE

En términos de acceso acueducto, la región pacífica se encuentra en 2012 con un 78,3% y en 2013 un 79,7%. Igualmente, en términos de acceso a alcantarillado el pacífico continúa en el mismo lugar, con porcentajes de 46,8% y 47,1% en los años 2012 y 2013 respectivamente. Lo anterior demuestra que la prestación de servicios en esta zona del país no es la mejor, provocando deficiencias en el desarrollo humano de los chocoanos.

CAPÍTULO 3: EL ACCESO A LA SALUD EN EL CHOCO Y SU EFECTO EN EL DESARROLLO HUMANO DE LA POBLACIÓN

El Departamento del Chocó se caracteriza por tener una serie de problemáticas que están pautadas por ciertos antecedentes. De acuerdo con Bonet (2007), el atraso que se presenta en el Chocó está dado por

1. El legado colonial que se refleja en unas instituciones débiles;
2. Las condiciones geográficas y climáticas que afectan la productividad de los factores, aumentan sus costos de transporte y aíslan el departamento del resto de país;
3. La baja dotación del recurso humano chocoano;
4. La estructura económica especializada en un sector, la minería del oro, que tiene muy poca participación en la generación del valor agregado colombiano; y
5. La desintegración del departamento de la actividad económica nacional. (p.3)

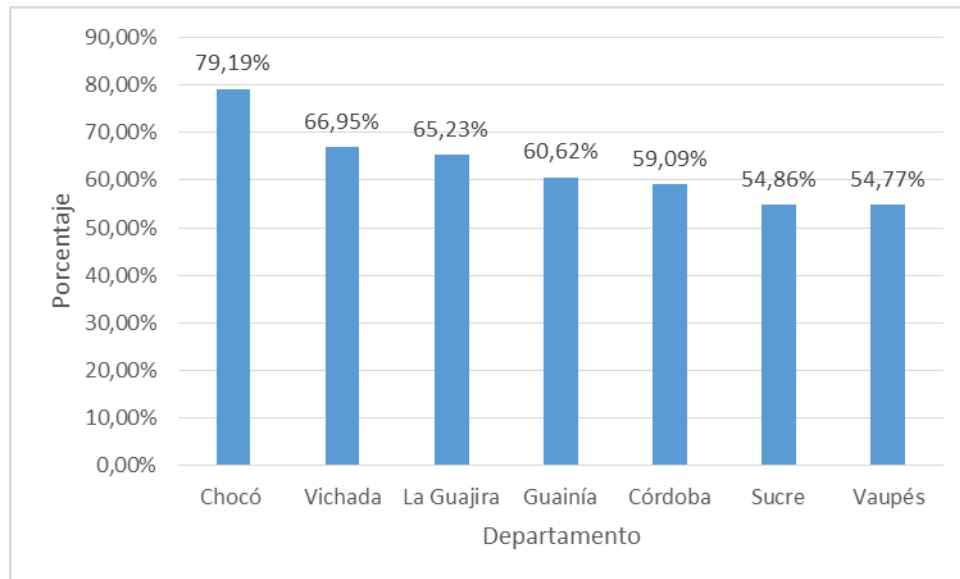
En los últimos años, y como consecuencia de la incursión de nuevos grupos armados y del aumento de la minería ilegal, dichas problemáticas se han profundizado, “esto sumado a la escasa gestión pública, que ha contribuido a que en el año 2014 el departamento viva una auténtica crisis humanitaria que demanda la acción conjunta de la institucionalidad pública, tanto del orden nacional, como departamental y municipal”. (Defensoría del Pueblo, 2014, p. 9).

Los constantes cambios de administración departamental, han propiciado que el departamento tenga el mayor índice de población con necesidades básicas insatisfechas (como lo muestra la Gráfica 8), altos índices de marginalidad y situación de pobreza. “En 22 meses el departamento tuvo cuatro (4) gobernadores. En julio de 2013, el Consejo de

Estado anuló la elección del Gobernador Luis Gilberto Murillo Urrutia, por inhabilidad”. (Defensoría del Pueblo, 2014, p. 17).

Gráfica 8

Necesidades básicas Insatisfechas (NBI) Porcentaje



Tomado de: DANE

El Chocó cuenta con una situación grave de corrupción en la administración pública, la violencia y la ausencia de participación política se suman a altos índices de muertes por desnutrición, la tasa más alta de mortalidad infantil y alto desempleo juvenil. En términos de infraestructura, las vías terciarias del departamento se encuentran en mal estado y la comunicación terrestre dentro de la zona es deficiente. Adicionalmente, tanto en las áreas rurales como en las cabeceras municipales hay una alta presencia de grupos armados, que generan presiones y atentando contra los derechos fundamentales de los ciudadanos. (Defensoría del Pueblo, 2014).

La unión de todos los factores mencionados anteriormente produjo una crisis humanitaria grave, alertando al gobierno nacional sobre el panorama del departamento y su situación en términos de desarrollo humano.

La salud es entonces uno de los derechos que más se vulnera en el Chocó,

en el departamento se vienen presentando muertes evitables (aquellas que se producen por falta de prevención o tratamiento del sistema de salud) de 95 niños indígenas declarados, 20 confirmadas, menores de 5 años, por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), asociada a desnutrición, que involucra poblaciones de retorno de víctimas en la zona del Alto Andágueda y otras zonas del departamento de Chocó. (Defensoría del Pueblo, 2014, p. 59).

Estas situaciones son provocadas por los riesgos ambientales, sociales, biológicos y mayormente como consecuencia de la pésima atención en salud en la región. “La malnutrición, las enfermedades parasitarias del tracto digestivo y, en las comunidades cercanas a las minas, las asociadas a la exposición a cianuro y mercurio son las afectaciones más frecuentes”. (UMAIC, 2017, p.5) Es por ello que el acceso al acueducto y alcantarillado influye enormemente en la salud de los ciudadanos; el hacinamiento crítico, la falta de agua potable, alto desconocimiento de prácticas higiénico-sanitarias, inadecuada manipulación de los alimentos y basuras, entre otros, producen un alto índice de enfermedades preventivas en niños y adultos mayores. (Defensoría del Pueblo, 2014, p. 87).

Acorde con la Contraloría General de la Nación (2016),

a diciembre 31 de 2015, los afiliados a algún tipo de Régimen eran 433.729, equivalente al 87% del total de la población, siendo el más representativo el Régimen Subsidiado, que cobijó el 75% de la población chocoana, mientras que el 7% estaba por fuera del sistema. (p.9).

Sin embargo, dicha afiliación no garantiza un acceso a este servicio, hecho comprobado por la Defensoría del Pueblo (2014), quien realizó un estudio llamado “Diagnóstico, valoración y acciones de la Defensoría del Pueblo”, en donde realizó un análisis del sistema de salud en este departamento.

En primer lugar, se plantea que no se garantiza la atención en salud de los menores de 5 años, esto se puede comprobar con los altos índices de mortalidad en niños, al igual que la presencia de enfermedades. De acuerdo con el DANE (2015), entre los años 2010 y 2015

por cada 1000 niños, 70 mueren, es decir, que se han presentado aproximadamente unas 11.266 defunciones.

La situación es tal, que en todos los centros de salud del departamento sólo hay un total de 209 camas hospitalarias, siendo igualmente insuficientes el número de ambulancias. En consecuencia, han sido varias las víctimas de la deficiencia de la atención médica, dentro de las cuales se encuentran los 32 niños indígenas de Bagadó, Bojayá, Tadó y Riosucio, que murieron entre junio de 2013 al 2015, debido a falta de prevención y tratamiento de los altos niveles de desnutrición, riesgo sanitario por utilización y consumo de agua contaminada. (Observatorio de Realidades, 2015).

Gráfica 9

Tasa de Mortalidad Infantil Departamento Chocó (Defunciones de Menores de un año por cada Mil Nacidos Vivos)



Tomado de: DANE (2017)

Según el Análisis de Situación en Salud de 2015, Chocó tenía la Tasa de Mortalidad Perinatal más alta del país (24.99); una Tasa de Mortalidad en la Niñez de 30,26, la quinta más alta del país; una Razón de Mortalidad Materna que duplicaba la nacional (116.11); y una Tasa de Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años que triplicaba la del país (10.59). (UMAIC, 2017, p. 5).

Por su parte, el sub-registro es constante en la información que se recibe por parte de las entidades de salud,

la información obtenida en Dasalud Chocó, los municipios Alto Baudó, El Cantón del San Pablo, Medio Baudó, Río Iro, Sipí y Unión Panamericana no registran tasas de mortalidad en menores de 5 años de 2004 a 2010, en otros municipios como Bajo Baudó y Lloró solo se registra información en uno de los años del periodo mencionado. Esto sugiere que existe un subregistro (o no registro) de casos, presumiéndose que la tasa es aún más alta. (MDGIF, 2012, p.62).

A su vez, los niños y niñas no cuentan con las vacunas necesarias y a pesar de que muchos presentan síntomas de parásitos, no hay el personal ni el material especializado que permita tratar y prevenir este tipo de enfermedades. Por lo que se refiere a las madres gestantes y lactantes, no cuentan con ningún tipo de control prenatal y por lo general son atendidas por parteras, sin contar con las condiciones de salubridad adecuada para los partos, lo que aumenta la probabilidad de muerte de los recién nacidos y las madres. (Defensoría del Pueblo, 2014).

Otro de los elementos que refleja el difícil acceso a la salud en el Chocó, es la “dificultad para la atención en salud por no contar con personal que pueda comunicarse con la población indígena, debido al dialecto”. (Defensoría del Pueblo, 2014, p. 59). Esta situación complica la comunicación entre el paciente y el médico, además de no atender correctamente a las necesidades que surjan por parte de dicha población. “Las autoridades indígenas reportaron la muerte de 20 niños y 12 niñas, entre 1 y 13 años por enfermedades prevenibles tales como EDA-Enfermedades Diarreicas Agudas, IRA-Infecciones Respiratorias Agudas e Infecciones Gastrointestinales” (Defensoría del Pueblo, 2014, p. 86). Lo anterior evidencia la grave situación que hay en el departamento, en donde el acceso se hace imposible.

En el Chocó los habitantes indígenas ascienden a 35.000 aproximadamente y están agrupados en comunidades formadas por los siguientes grupos étnicos:

- *Wounaan*

Habitaban en el Medio y Bajo San Juan y su lengua se llama mausneo; están ubicados en el río Noanamá, Docampadó, Hampabedó, en el río Juradó y Segurisua.

- ***Emberá***

Su lengua se llama emberá–bedea; se conocen dos grupos que se localizan en las orillas y en la parte baja del río Atrato, en el Baudó, especialmente en los afluentes del Dubasa y algunos ríos de la costa Pacífica.

- ***Katíos o eyabera***

Están situados en los montes y parte alta del río Andágueda, en el Capá, en el municipio de Lloró, en el río Suruco afluente del Munguidó, en el Darién chocono y en el río Tutunendo. (SINIC, 2017).

En cuanto a las EPS, en el informe de la Defensoría del Pueblo (2014), estas empresas no cuentan con una red suficiente para atender a la población afiliada, en ninguno de los niveles de atención; no cumplen con su función de aseguramiento, ni de supervisión a las IPS que contratan. Por su parte, las IPS contratadas no contaban con los servicios que ofertaban a las aseguradoras para la adecuada atención de la población afiliada. (p.60)

El Departamento del Chocó no cumplió con los principios de eficiencia, eficacia y economía en la programación y ejecución de los recursos transferidos por la Nación para salud pública y atención a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la Demanda –PPMA-, hecho que limitó el goce efectivo de derecho de la salud en la región. (Contraloría General de la Nación, 2016, p. 16).

Las EPS COMPARTA y CAPRECOM no cumplieron con lo establecido en relación a sus funciones de aseguramiento y prestación de servicios.

La deficiencia del sistema de salud es preocupante. El incumplimiento de numerosos fallos de tutela, altos niveles de corrupción, e incumplimiento de las IPS han dejado en ruinas los pocos centros asistenciales del departamento, donde el más afectado ha sido el Hospital San Francisco de Asís en Quibdó, y el Hospital Eduardo Santos de Istmina; sobre todo, debido a grandes desfalcos descubiertos en la EPS Caprecom, la cual es responsable de la administración de éstos.

Así mismo, se evidenció que el nuevo sistema eliminó la figura de “promotores de salud”, quienes eran necesarios para el manejo de la salud pública y el acercamiento con las comunidades indígenas. (Defensoría del Pueblo, 2014).

El total de la inversión en recursos en el Departamento del Chocó entre los años 2011 y 2014 fue de 5,3 billones de pesos, la siguiente tabla muestra en qué se invirtió dicho dinero en el departamento.

Tabla 2

Total: de la inversión en recursos en el Departamento del Chocó (2011-2014)

SECTOR	TOTAL (millones de pesos)
Educación	\$ 1.410.826
Salud	\$ 646.161
Inclusión social y reconciliación	\$ 609.922
Transporte	\$ 511.478
Agua potable y Saneamiento básico	\$ 279.380
Minas y energía	\$ 211.304
Comunicaciones	\$ 131.739
Vivienda, ciudad y territorio	\$ 98.205
Presidencia de la República	\$ 96.781
Trabajo	\$ 87.160
Otros sectores	\$ 1.204.712

Elaboración propia

Tomado de: DANE (2015)

Sin embargo, la Contraloría General de la Nación (2016) encontró irregularidades en las inversiones realizadas por las instituciones competentes.

Se registró una baja ejecución de los recursos de salud del nivel nacional, puesto a disposición de la Administración Departamental. En las vigencias 2014 y 2015, el componente de salud pública comprometió recursos por el 60.08% y 65.78% del presupuesto definitivo, respectivamente, mientras que el sector de Población pobre no asegurada comprometió el 26.71% y 35.11% del total apropiado, respectivamente. Así mismo, en 2014, la ejecución de los recursos destinados para las Enfermedades

Transmisibles por Vectores (Dengue, Malaria, Leishmaniosis, Chagas) por \$79.962.298, no presentó ejecución. (p.17).

Hay que mencionar también, que la calidad de las vías influye en gran medida en el acceso a los servicios de salud, es decir, la carencia de una infraestructura adecuada le impide a la población movilizarse para llegar a los respectivos centros de salud.

El no contar con vías de acceso, hace imposible que la comunidad pueda acudir a ser atendida en salud o acceder a los servicios del ICBF y de otras instituciones, constituyéndose esto en una barrera de acceso a la garantía de derechos de esta población. (Defensoría del Pueblo, 2014, p. 90).

Además, muchas de las personas que viven en zonas rurales no tienen los recursos para trasladarse y recibir atención en salud, pero, las IPS tampoco han realizado brigadas de atención que lleguen a las zonas alejadas.

Tomando en cuenta lo anterior, es posible evidenciar que el acceso a la salud en el Chocó es limitado y en muchos casos nulo, lo que produce una disminución en la calidad de vida de los ciudadanos, lo que agudiza las problemáticas en el territorio. Esto se puede verificar si se toma en cuenta el Índice de Desarrollo Humano, que en caso del Chocó es “de 0.659 a 0.731, aunque éste persiste como uno de los más bajos a nivel nacional”. (Serra & Schoeller, 2014, p. 4).

CONCLUSIONES

El desarrollo humano es directamente proporcional a la calidad de vida de las personas, a mayor desarrollo mejor calidad de vida. Lo anterior se pudo evidenciar en el Departamento del Chocó, una zona rica en recursos naturales, pero con grandes problemáticas que incluyen: corrupción, pobreza, narcotráfico, violencia, entre otras. Esto ha generado que el acceso a muchos servicios sea deficiente, principalmente la salud, componente vital para la vida de los seres humanos.

La falta de hospitales, personal médico adecuado y el olvido estatal, provocaron una crisis sin precedentes, mostrando el pésimo acceso que tienen los chocoanos al servicio de salud, cosa que no es ocasionada únicamente por ser una región con mayoría rural. La falta de vías, la insuficiente infraestructura médica, el poco control y prevención de enfermedades y la corrupción han sido los causantes de muertes de miles de chocoanos, siendo los niños, los principales afectados.

Entonces, el desarrollo humano es la conexión de muchas variables que permiten que las personas logren tener libertades, tales como trabajar, tener vivienda, alimentación entre otros. Es por ello, que la salud está ligada a la situación higiénico-sanitaria, a la nutrición y a otros factores sociales que influyen en ella directamente, es decir, cuando se buscan suplir las necesidades básicas, es importante que los gobiernos entiendan que entre ellas hay reciprocidad y que su efectivo acceso genera mayor bienestar en los ciudadanos.

Adicionalmente, las instituciones encargadas del servicio de la salud, deben tener en cuenta que una cobertura de más del 90%, no garantiza que haya un correcto acceso a este servicio, lo que evidencia que no se trata de cuántas personas se afilien al sistema, sino de cómo y cuántas han sido atendidas cuando lo necesitaron, tomando en cuenta, tanto aspectos de infraestructura como de servicio al ciudadano.

BIBLIOGRAFÍA

ACNUR. (2007). Diagnóstico Departamental Chocó. Retrieved from <http://www.acnur.org/t3/uploads/pics/2174.pdf?view=1>

Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220.

Andersen, R. M., McCutcheon, A., Aday, L. A., Chiu, G. Y., & Bell, R. (1983). Exploring dimensions of access to medical care. *Health Services Research*, 18(1), 49–74.

Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *J Health Soc Behav*; 1995; 36 (1):1-10.

Ayala, J. (2014). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Tomado de http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf

Banco de la República. (2015). Informe de Coyuntura Económica Regional. Retrieved from http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/icer_choco_2014.pdf

Banco Interamericano de Desarrollo. (2017). Política de desarrollo rural. Tomado de <http://www.iadb.org/es/acerca-del-bid/politica-de-desarrollo-rural,6229.html>

Bedoya, C. (2010). Amartya Sen y el desarrollo humano. *Memorias*. Tomado de <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/me/article/view/204>

Bonet, J. (2007). ¿Por qué es pobre el Chocó? Retrieved from http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/DTSER-90.pdf

Cámara de Comercio del Chocó. (2014). Una mirada a la dinámica económica del Chocó durante el año 2014 desde la Cámara de Comercio. Retrieved from http://camarachoco.org.co/sites/default/files/adjuntos/estudio_economico_ccch-2014.pdf

Cañete, R., & Robles, M. (2007). *Salud y desarrollo humano* (1st ed., p. 16). Santo Domingo: Luis Rubio. Retrieved from http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0166/salud_y_desarrollo_humano.pdf

CEPAL. (2015). *Bienes y servicios públicos sociales en la zona rural de Colombia y políticas para el cierre de brechas*. Tomado de

https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/bienes_y_servicios_publicos_sociales_en_las_zonas_rurales.pdf

Contraloría General de la Nación. (2016). Informe Actuación Especial de Fiscalización . Retrieved August, 2016, from http://www.contraloria.gov.co/documents/20181/479420/062Informe_final_AE_Choco_Salud.PDF.pdf/18a8f971-e3da-4927-a28f-55ae8ecfda2a?version=1.0

Corporación Transparencia por Colombia. (2015). Índice de Transparencia Departamental Gobernaciones y Contralorías. Retrieved from http://transparenciacolombia.org.co/wp-content/uploads/2016/11/ITD_Resultados_2013-2014_my26.pdf

Cromley EK, McLafferty SL. gis and Public Health. UK: The Guilford Press; 2002.

Departamento Nacional de Planeación (DANE). Tasa de mortalidad en niños. Retrieved from <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/ITMoDto2005.../Choco.xls>

Departamento Nacional de Planeación (DANE). (2011). Información Estadística. Retrieved from https://www.dane.gov.co/files/censos/resultados/NBI_total_30_Jun_2011.pdf

Departamento Nacional de Planeación. (2014). Misión para la Transformación del Campo. Tomado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Agriculturapecuarioforestal%20y%20pesca/TOMO%201.pdf>

Departamento Nacional de Planeación (DANE). (2014). *ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA 2013 (ECV)*. Dane.gov.co. Retrieved from http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Prensa_ECV_2013.pdf

Departamento Nacional de Planeación (DANE). (2015). Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones. Retrieved from <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>

Departamento Nacional de Planeación (DANE). (2015). Chocó Pobreza Monetaria 2014. Retrieved from

https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/Choco_Pobreza_2014.pdf

Departamento Nacional de Planeación. (2015). El Campo Colombiano un camino hacia el bienestar y la paz”. Informe detallado de la Misión para la Transformación del Campo Tomo 2, , Bogotá.

Departamento Nacional de Planeación (DANE). (2015). Diálogo Regional para la Construcción del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Retrieved from <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Presentaciones/Encuentro%20Regional%20Quibd%C3%B3%2013102015.pdf>

Departamento Nacional de Planeación (DANE). (2017). Mercado Laboral por Departamentos 2016. Tomado de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ml_depto/Boletin_dep_16.pdf

Defensoría del Pueblo. (2014). Diagnóstico, valoración y acciones de la Defensoría del Pueblo. Tomado de <http://desarrollos.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/bases/marc/documentos/textos/Crisis%20humanitaria%20en%20choco%202014.pdf>

Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J et ál. Conducting a Critical Interpretive Synthesis of the Literature on Access to Healthcare by Vulnerable Groups. *bmc Med Res Methodol*. 2006; 6 (35).

Edo, M. (2002). La viabilidad de una alternativa a las estrategias de promoción del desarrollo. Tomado de http://www.colombiaaprende.edu.co/html/docentes/1596/articulos-346050_recurso_3.pdf

Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2:S144-S155.

Marquez, D., & Foronda, C. (2005). El capital social eje del desarrollo en espacios rurales. Tomado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2363578.pdf>

Ministerio de Salud. (2004). Sistema de Seguridad Social en Salud. Tomado de www.citationmachine.net/apa/cite-a-

website/search?utf8=✓ &q=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2FDocumentos%2520y%2520Publicaciones%2FGUIA%2520INFORMATIVA%2520DEL%2520REGIMEN%2520CONTRIBUTIVO.pdf&commit=Search Website

Ministerio de Salud . (2009). Encuesta Nacional de Salud 2007. Departamento del Chocó . Tomado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Chocó.pdf>

Ministerio de Salud. (2014). Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tomado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>

Ministerio de Salud. (2015). Informe al Congreso de la República 2014-2015. Tomado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-2014-2015.pdf>

Observatorio de Realidades. (2015). Crisis de Salud en el Chocó. Retrieved from <http://observatoriorealidades.arquidiocesiscali.org/semanarios/crisis-de-salud-en-el-choco.html>

Observatorio del Programa Presidencial de Derechos humanos y DIH. (2010). Municipios y Sub-regiones del Chocó. Retrieved from http://historico.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/documents/2010/Estu_Regionales/04_03_regiones/choco.pdf

Observatorio del Programa Presidencia de Derechos Humanos y DIH. (2010). *Diagnóstico de la situación de los municipios habitados por las comunidades afrocolombianas priorizadas por la Honorable Corte Constitucional en el departamento de Chocó. Consejería Presidencial para los Derechos Humanos*. Retrieved from <http://historico.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/documents/2010/DiagnosticoAfro/Choco.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (1985). *El estado mundial de la Agricultura y la Alimentación*. Tomado de <http://www.fao.org/docrep/017/ap665s/ap665s.pdf>

Palacios, W. (2014). Clientelismo, Procesos Electorales y Cargos Públicos Quibdó 2007 – 2011. Retrieved from https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/7423/WilgenRodolfo_PalaciosMosquera_2014.pdf?sequence=2

Pineda Restrepo, Bibiana del Carmen; (2012). Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. *Universitas Odontológica*, Enero-Junio, 97-102.

Reina, Y. (2014). Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012).

Tomado de http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_200.pdf

Restrepo-Zea, Jairo Humberto, Silva-Maya, Constanza, Andrade-Rivas, Federico, & VH-Dover, Robert. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 242-265. <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>

Rodriguez, D., & Benavides, J. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. Tomado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n3/0120-386X-rfnsp-34-03-00359.pdf>

Sanders, T. (2003). Economía, educación y emigración en el Chocó: Informe de un funcionario del American Universities Field Staff. Retrieved from http://www.pedagogica.edu.co/storage/rce/articulos/2_5ens.pdf

Sen, A. (2000). La salud en el desarrollo. World Health Organization. Retrieved from https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3248/mod_resource/content/0/determinantes/lecturasprincipal/unidad_3.11p/ud311p_salud-desarrollo.pdf

Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Buenos Aires: Editorial Planeta.

Streeten, P., Burki, S., Haq, M., Hicks, N., & Stewart, F. (1982). *Primero es lo primero* (pp. 17-19). Madrid: Banco Mundial. Retrieved from <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/394401467996703354/pdf/99770Sp.pdf>

Serra, A. & Schoeller, D. (2014). Chocó: entre la extracción y el olvido. Retrieved from <https://pacificocolombia.org/wp-content/uploads/2016/05/0999215001426194614.pdf>

Sistema Nacional de Información Cultural. (2017). Colombia Cultural. Retrieved from <http://www.sinic.gov.co/SINIC/ColombiaCultural/ColCulturalBusca.aspx?AREID=3&SECID=8&IdDep=27&COLTEM=216>

Unidad de Manejo y Análisis de Información Colombia (UMAIC). (2017). Chocó. Retrieved from https://umaic.org/briefings/2017/Choco_2017.pdf

Urquijo, M. (2014). La teoría de las capacidades de Amartya Sen. Tomado de <file:///C:/Users/Ana/Downloads/Dialnet-LaTeoriaDeLasCapacidadesEnAmartyaSen-5010857.pdf>