

LA SALUD EN SANTA MARTA-COLOMBIA: UNA PERCEPCIÓN DESDE SUS HABITANTES

WILSON GIOVANNI JIMÉNEZ BARBOSA, DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES, NIÑEZ Y JUVENTUD^{1*},
NÉSTOR RAÚL RAMOS NAVAS, MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN^{2*}

Recibido para publicación: 17-08-2015 - Versión corregida: 06-10-2015 - Aprobado para publicación: 10-11-2015

Resumen

Objetivo: *analizar y comprender la percepción que tienen los habitantes de la ciudad de Santa Marta sobre la salud. Materiales y métodos:* *la metodología desarrollada fue de tipo cualitativa, analítica y descriptiva, para lo cual se desarrollaron cinco (5) grupos focales y entrevistas semiestructuradas con habitantes de diferentes comunas de la ciudad. Resultados:* *se evidencia la inconformidad que tienen los participantes respecto a la salud en Santa Marta. Las inconformidades fueron clasificadas en dos grandes aspectos: las asociadas al contexto social y las relacionadas con la prestación de los servicios. En relación con la primera, se identificaron serias deficiencias con el servicio público de acueducto y alcantarillado. En cuanto a la mala calidad en la atención, los costos, en especial del régimen contributivo y el déficit de especialistas, emergieron como los factores más relevantes que generan inconformidad en los habitantes del distrito. Conclusión:* *de acuerdo con la percepción que tienen los habitantes de la ciudad de Santa Marta, la salud es deficiente como resultado de factores contextuales y mala calidad en la prestación de los servicios.*

Palabras Clave: *salud, percepción, calidad de vida, servicios de salud.*

Jiménez-Barbosa WG, Ramos-Navas NR. La salud en Santa Marta-Colombia: una percepción desde sus Habitantes. Arch Med (Manizales) 2015; 15(2):291-04.

Health in Santa Marta - Colombia from the perception of its inhabitants

Summary

Objective: *to analyze and to understand the perception that there have the inhabitants of the city of Santa Marta about health. Materials and methods:* *the developed*

Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 15 N° 2, Julio-Diciembre 2015, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874. Jiménez Barbosa W.G.; Ramos Navas N.R.

^{1*} Odontólogo, Universidad Nacional. Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Universidad de Manizales – CINDE, Profesor Titular, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Sede Bogotá. Correo: wilsong.jimenezb@utadeo.edu.co; Carrera 4 N° 22-61, Bogotá. Celular: 3158942690

^{2*} Administrador de empresas, Universidad Nacional. Magister en Administración. Docente investigador, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Sede Santa Marta. Correo: nestorr.ramosn@utadeo.edu.co; Cra. 2ª N° 11-68. El Rodadero Santa Marta. Celular: 3104782887,

methodology was of type qualitative, analytical and descriptive, for which there developed five (5) focal groups and semistructured interviews with inhabitants of different communes of the city. Results: there is demonstrated the dissent that the participants have with regard to the health in Santa Marta. The dissents were classified under two big aspects: associated with the social context and the related ones to the services capability. In relation with the first one, serious deficiencies were identified by the public service of aqueduct and sewer. As for the bad quality in the attention, the costs, especially of the contributing regime and the specialists' deficit, emerged as the most relevant factors that generate dissent in the inhabitants of the district. Conclusion: in agreement with the perception that there have the inhabitants of the city of Santa Marta, the health is deficient as result of contextual factors and bad quality in the services capability.

Keywords: *health, perception, quality of life, health services.*

Introducción

Calidad de vida y salud son dos conceptos cercanos, ya que ambos tienen como objetivo el lograr el bienestar de los seres humanos. Esto hace que cuando se pretende conocer la calidad de vida de una población, la salud emerja como una de las principales categorías a ser evaluadas. Adicionalmente, la salud como calidad de vida, obedece a una evaluación de orden subjetivo. Por tanto, si se quiere conocer el nivel de satisfacción que un ser humano o un grupo social tienen respecto a su calidad de vida o a su salud, lo más pertinente resulta recurrir a metodologías cualitativas que permitan conocer como son percibidas y evaluadas por la comunidad.

Salud y calidad de vida se encuentran vinculadas con la estabilidad emocional que el ser humano alcanza al sentirse parte de la estructura social en la que habita, sea esta: familia, comunidad o Estado. Para ello, la sociedad debe comprenderse como un sistema justo de cooperación a través de un tiempo prolongado, de una generación a la siguiente. La cooperación justa implica reciprocidad entre los miembros, para lo cual, deben ser

considerados libres e iguales, en una sociedad ordenada¹.

Dentro de los bienes y servicios que determinan la calidad de vida de la población, tiene vital importancia la salud, ya que una población que goza de ella tendrá la potencialidad de ser feliz y productiva. De allí que mantener la salud de los individuos y de la sociedad, tiene dos grandes componentes uno altruista relacionado con el bienestar de cada individuo y otro de orden egoísta, relacionado con la posibilidad de obtener lucros individuales.

Pero, ¿cómo puede evaluar un Estado la salud de sus ciudadanos de una forma objetiva, con el fin de conocer si los principios de justicia, cooperación y reciprocidad están siendo logrados? Para ello, se puede proponer un modelo mixto que incluya dos etapas: una cualitativa y otra cuantitativa. Con la primera de ellas, se parte de asumir que solo cada ser humano se encuentra en capacidad de evaluar y determinar su condición de salud y, por tanto, es meritorio conocerla. Con la segunda, se busca, a partir de la comprensión lograda mediante la etapa cualitativa, identificar y evaluar el acceso que todos los integrantes de una

sociedad tienen a una serie de bienes y servicios que facilitan el desarrollo de capacidades y libertades, que les permitan cumplir con su proyecto vital y por ende, tener buena salud ².

Como resultado, se establece cómo cada ser humano con buen estado de salud encuentra una adecuada percepción de su propia motivación hacia la vida y de su posible desempeño en la sociedad a la que se pertenece; tal como lo muestra el estudio sobre la asertividad y autoestima en estudiantes de una universidad de Santa Marta:

“Los estudiantes universitarios... tienen una adecuada autoestima y son capaces de solucionar conflictos; sin embargo, también hay un número de estudiantes con autoestima inadecuada, concluyendo que se necesita educar, brindar tratamiento psicológico e integral acerca de la autoestima para modificar conductas de riesgo en esta población, y evitar relaciones interpersonales inadecuadas, (...)”³.

Según la Organización Mundial de la Salud (1946)⁴ “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Desde esta perspectiva, la relación entre salud y calidad de vida se evidencia como directamente proporcional y por tanto, potencialmente intercambiable como macro objetivo buscado por la sociedad; ya que, si a mayor calidad de vida mayor salud, también será cierto que a mayor salud mejor calidad de vida.

Pero para aceptar la anterior afirmación, la salud no puede limitarse a la provisión de servicios, medicamentos y/o tecnologías, en unas infraestructuras restringidas, sean estas hospitales o consultorios, sino que su horizonte de sentido debe ser más amplio, correspondiéndose con el concepto de derecho fundamental, es decir, la salud es inalienable a la condición humana.

En tal sentido:

“El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos”⁵

De igual forma son factores determinantes de la salud: la atención de salud oportuna, el acceso al agua potable, la existencia de condiciones sanitarias adecuadas, las buenas condiciones del medio ambiente, el acceso a educación y, además, la salud sexual y reproductiva.

La salud es factor fundamental para el logro del desarrollo sostenible y el bienestar humano; desde una concepción amplia, ella no depende en forma exclusiva de la prevención y el tratamiento de la enfermedad, sino que también se encuentra relacionada con otros aspectos del desarrollo, como la educación, la igualdad de género, la energía sostenible y la nutrición, el agua y el saneamiento; así como a la adaptación al cambio climático y su mitigación⁶.

Por lo expuesto, se puede inferir que la salud determina el estado de bienestar del individuo, lo que directamente influye en su calidad de vida. Desde esta perspectiva la salud tiene una relación directa con la calidad de vida, ya que ambas son el resultado de la combinación de la percepción subjetiva del estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual, que tenga cada individuo⁷.

La salud entonces debe ser garantizada a la sociedad mediante la conjunción de dos categorías: la primera, relacionada con los determinantes sociales de la enfermedad, y la segunda, referente al acceso objetivo a la prestación de servicios de salud. Garantía que se debe propender para el individuo, a partir de su edad temprana, desde el entorno familiar; con factores sociales que fundamenten y promuevan también una buena salud mental, incentivando la convivencia y el ejercicio de

sus libertades. Aspecto estudiado por Mieles, en su investigación sobre la calidad de vida de los niños y niñas en Santa Marta:

“(...)los conflictos entre su padre y su madre y con sus hermanas o hermanos, y la escasa libertad para desarrollar iniciativas; alguna chica participante escribió: la única libertad que tengo es para escoger la ropa que me voy a poner (niña, 9 años)”⁸.

En pro de garantizar la salud, la sociedad colombiana estructuró un sistema de aseguramiento basado en un modelo de mercados regulados, en los cuales, en la relación entre el prestador de servicios de salud y el usuario, hay un intermediario asegurador, quien debe cumplir la función de regular la calidad, las condiciones y los precios en que son brindados un grupo de servicios que el legislador denominó Plan Obligatorio de Salud⁹.

Los colombianos se afilian al Sistema general de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante dos regímenes: contributivo y subsidiado. Al primero se afilian las personas con capacidad de pago de una cotización, entendidos estos como los trabajadores dependientes que cuentan con un contrato laboral, los pensionados y los independientes, cuyos ingresos les permitan pagar un monto mensual de cotización¹⁰.

Al segundo, pertenece toda la población que se identifique como pobre y/o vulnerable, condición que es definida a través de la evaluación del número de necesidades básicas insatisfechas de cada núcleo familiar, por medio del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales – SISBEN.

Sin embargo, el estar afiliado al SGSSS no es garantía de tener acceso a los servicios de salud y mucho menos de tener salud, ya que ésta es el resultado de los factores sociales anteriormente mencionados y de la existencia de infraestructuras de salud tales como: hospitales, centros médicos y consultorios;

condiciones que no siempre están presentes en el territorio colombiano.

Por lo anteriormente expuesto, resulta relevante conocer cómo la salud aporta a la calidad de vida en una sociedad determinada. Por ello, la Universidad Jorge Tadeo Lozano, ha adelantado una investigación conducente a evaluar la calidad de vida en la ciudad de Santa Marta – Colombia, cuyos avances de resultados se presentan en este artículo.

El objetivo del artículo es comprender la percepción que sobre salud tienen los habitantes de la ciudad de Santa Marta. El artículo se deriva de los resultados obtenidos en la primera fase (cualitativa) del proyecto de investigación “La calidad de vida en Santa Marta: Una perspectiva desde sus habitantes”. Para ello, toma elementos de las diferentes categorías de análisis estudiadas en el proyecto, que emergieron desde las narraciones de los participantes de los grupos focales, estableciéndose los principales aspectos que los habitantes de Santa Marta identifican como relevantes para su salud, las cuales fueron: factores sociales y de contexto y servicios de salud.

Materiales y métodos

La investigación fue de tipo cualitativa, narrativa y descriptiva. Su desarrollo, en primer término, incluyó la construcción de un referente contextual, a través de una revisión documental acerca de las cifras estadísticas del Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta, que se relacionaran con aspectos de calidad de vida y, en particular, con salud.

Posteriormente, se realizó el trabajo de campo, el cual se llevó a cabo, mediante el desarrollo de grupos focales, durante el periodo comprendido entre el 15 de noviembre y el 5 de diciembre de 2014, en la sede de la Universidad Jorge Tadeo Lozano de Santa Marta. El número de grupos focales realizados fue en total de cinco (5); los cuales se distribuyeron de la siguiente forma de acuerdo a

los criterios de selección de los participantes: cuatro (4) de ellos se seleccionaron con base en el estrato socioeconómico de la vivienda en que habitan quienes participaron y uno (1), en el que el criterio de convocatoria fué que se ejerciera en profesiones tales como artistas y/o empresarios. El total de participantes fue de 53 personas, distribuidas por cada grupo focal como se detalla en la tabla 1.

Tabla 1. Conformación de los grupos focales de acuerdo a criterios de selección de los participantes.

Grupo Focal	Conformación según estrato socio económico o actividad	Número de participantes
1	1 y 2	11
2	2 y 3	11
3	3	11
4	4, 5 y 6	11
5	Artistas y empresarios	9

Fuente: Elaboración de los autores

Los participantes de los grupos focales fueron seleccionados por conveniencia, buscando que se contase con población que proviniera de las 9 comunas, que conforman la ciudad de Santa Marta.

En cuanto a los aspectos éticos, la investigación se desarrolló acorde al protocolo de investigación, aprobado en la convocatoria interna realizada por la Universidad Jorge Tadeo Lozano. Los participantes fueron informados de los objetivos de la investigación y se les invitó a participar voluntariamente en él. Una vez hubieron aceptado, les fue solicitado el diligenciamiento y firma de un consentimiento informado escrito, a cada uno de ellos, preservando su anonimato y la confidencialidad de su información.

Resultados

A continuación se presentan los principales hallazgos investigativos distribuidos en dos acápites: contexto Santa Marta y comprensión de salud.

Contexto Santa Marta

El distrito de Santa Marta es la capital del departamento del Magdalena; se encuentra localizada en el norte de Colombia a orillas del mar Caribe. Para el año 2014, la ciudad contaba con 466.327 habitantes¹¹, incluyendo la población de las zonas urbana y rural, distribuidas en 9 comunas.

En cuanto a las condiciones de pobreza, de acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en la ciudad de Santa Marta el porcentaje de personas en pobreza, para el año 2011, era de 38.33% mientras que a nivel Nacional este valor se ubicaba en 28,50%, es decir que la pobreza en la ciudad era en diez puntos superior al promedio nacional¹².

En lo referente a la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de acuerdo a información suministrada por la secretaría de salud Distrital, a través del funcionario encargado de cobertura del aseguramiento, muestra que en Santa Marta estaban afiliados al régimen contributivo 224.570 personas; mientras que al régimen subsidiado estaban afiliadas 288.496, cifras que al sumarse dan como total 513.066 afiliados. Este número de afiliados resulta superior al total de la población reportada por el DANE para el 2014 (466.327) en 46.739 registros, lo que evidencia inconsistencias en la proyección del censo nacional o de información de la oficina de aseguramiento del Distrito.

1. Comprensión de salud

Factores sociales y de contexto: el acceso que una población tenga a servicios básicos como acueducto, alcantarillado, energía y disposición de basuras, es fundamental para el mantenimiento y goce tanto de una buena condición de salud como de mejor calidad de vida. Es así que uno de los participantes expuso que:

“los servicios, porque nuestra calidad de vida no es tan buena, porque pode-

mos tener todos estos electrodomésticos ¿pero si tenemos una luz mala, o un gas que de pronto es muy caro?”

Como se evidencia, hay una conciencia en la comunidad de la trascendencia que tiene una buena provisión de servicios para poder disfrutar de calidad de vida, pero, igualmente se evidencia que no solo es necesario que se provean los servicios sino que el precio de los mismos, debe ser asequible a los integrantes de la comunidad.

Al respecto, para el caso del acceso al servicio de agua potable, se encontró que en los grupos sociales que habitan en barrios clasificados en estratos socioeconómicos bajos, son evidentes las fallas en la provisión de este servicio, al respecto uno de los participantes expresó que:

“yo digo algo importante con respecto a los servicios públicos, en el barrio donde yo vivo no hay ni agua ni alcantarillado.”

Esto impulsa a que las familias tengan que comprar o construir infraestructuras en sus casas que sirvan de reservorios de agua potable, como lo describe una participante:

“bueno yo compré en las vacaciones pasadas un tanque de 500 litros porque no tenía, y como no tengo agua y debo almacenarla lo compré, porque si compraba materiales para hacer una alberca, no me alcanzaba para comprar el tanque.”

Pero, esta decisión puede acarrear riesgos para la salud pública de las comunidades, ya que, si estos equipamientos no son limpiados con frecuencia y mantenidos tapados, pueden convertirse en focos de infecciones gastrointestinales o criaderos de vectores de enfermedades como: malaria, dengue o chikunguña.

Frente a esta deficiencia por parte del gobierno del distrito, las comunidades encuentran las vías para poder proveerse de los servicios.

“en la ribera donde nosotros vivimos nosotros tenemos, digamos que esos ser-

vicios legalizados, que nosotros cogimos por allá a punta de esfuerzos, entre varios parceros (Sic.) compramos un transformador y así hay 4 y 5 transformadores que se ha comprado ... en unión con muchos parceros, por allí pasa el agua, la tubería que pasa por acá por el rodadero, todos los que estamos por el sector, e incluso la tubería pasa por el predio de nosotros, nosotros estamos ahí conectados... Lo que tenemos es lo que nosotros: los cablecitos (Sic.), y ahí nos hemos conectado con un poste que tenemos algo ilegal.”

La adquisición de agua a intermediarios implica pagos a precios superiores de aquellos fijados, mediante tarifas por el servicio público; hecho que deprime aún más su condición de pobreza, reproduciéndose las cargas negativas al desarrollo¹³.

Sin embargo, la problemática del agua no es exclusiva de los barrios clasificados en estratos bajos, ya que, los participantes del grupo focal de artistas y empresarios, también expresaron las siguientes preocupaciones al respecto:

“son los servicios como tal, porque usted sin luz no cocina, sin agua no vive y sin gas... se pierden las cosas.”

“no es solo un elemento pero si es muy importante el buen funcionamiento de los servicios, como el agua... por lo que muchos barrios de Santa Marta han pasado por época de sequía.”

Para aprovisionarse de agua, estos participantes afirmaron que tuvieron que recurrir a: “carro tanques” y a “llenar recipientes y almacenar lo más que se pudiera.”

Las anteriores afirmaciones son ratificadas por los datos reportados por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios³, en que

3 Colombia. Departamento nacional de Planeación, superintendencia de servicios públicos, Oficio GDF 007V.9 Dirigido a la Alcaldía distrital. Rad. 20144010204541 Abr. 14 de 2014.

la cobertura del acueducto en el municipio de Santa Marta, no supera el 41% y el alcantarillado el 37, 4%; con profundas inequidades de cobertura entre el sector urbano y rural. Lo que ratifica que una de las prioridades emergentes del contexto social es la imperiosa necesidad de desarrollar y fortalecer las infraestructuras de suministro de agua potable y el manejo de aguas residuales, con lo que se aportaría a mejorar la condición de salud de la población.

Por su parte, en lo relacionado con el servicio de aseo, su eficiencia no permite que se presente contaminación en el aire o que haya presencia de animales que sirvan como vectores para la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas. Al respecto expresaron que:

“allá en el barrio la Junta de Acción Comunal organizó a unas personas que barren las calles, allá no se ve el desorden de basuras, lo que sí es el barrial cuando llueve, las busetas se voltean y usted tiene que empujarlas” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 1 y 2).

“Por lo menos en el barrio mío hay muchos parques y la hierba es sintética y eso a toda hora vive limpio porque ellos (la junta de acción comunal) tienen unas personas que se encargan mensualmente y ellos limpian.” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estrato 3).

“la junta está pendiente de las basuras.” (Participante grupo focal de barrios clasificados en el estrato 4, 5 y 6).

Por otra parte, expresaron su inconformidad con respecto al manejo de las basuras que producen. Es así que, un habitante de un barrio de estrato 1 se expresó de esta manera respecto a la comunidad que habita su vecindario:

“en mi barrio si no hay conciencia ciudadana, ellos no procuran porque las calles estén limpias, no les nace... entonces por eso este barrio nunca va a cambiar, porque son desagradecidos

no tienen conciencia ciudadana tiran la basura, cogen la esquina y ahí arruman toda la basura los vecinos de la cuadra y digamos que ese día no pasó la basura y queda ese basurero.”

De lo anterior, se puede inferir que la ciudad cuenta con buen servicio de aseo, existe participación ciudadana, dado que las comunidades hacen control sobre el servicio mediante la gestión de las juntas de acción comunal.

Lo expresado por los participantes es ratificado por acciones de la alcaldía del distrito, la cual, ha dado gran importancia al aseo en áreas públicas. Es así que, uno de los lugares emblemáticos de la ciudad de Santa Marta, es el polideportivo, que cubre 6 manzanas en el centro de la ciudad, donde la alcaldía desarrolló una campaña para retirar basura, con un resultado final de 80 toneladas recogidas en 10 días de actividad con maquinaria y personal de la empresa de aseo que presta el servicio en la ciudad⁴. De igual forma, se han realizado brigadas de aseo para el lecho y rondas de los ríos de Santa Marta, principalmente el río Manzanares, de donde se extrajeron toneladas de basuras y desechos. La recuperación de rondas se ha realizado por programas de arborización, con especies nativas.

Otra variable que emergió del trabajo adelantado con los distintos participantes de los grupos focales es la relacionada con la movilidad y el estrés derivado de ella. Al respecto, todos los grupos expresaron su fuerte inconformidad con los diferentes aspectos que se relacionan con esta variable: vías, transporte público, costo, tiempo de desplazamiento, entre otros.

“Demoro hasta dos horas y media montada en la buseta para llegar, tengo que embarcarme a veces faltando un cuarto para las cinco para estar montada en una buseta, caminar, exponerme hasta llegar a Mamatoco porque las busetas

⁴ Colombia. Alcaldía Distrital de Santa Marta. Boletín 193, 20 de Marzo de 2015.

para allá no entran” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 1 y 2).

“Vivo en la vereda, allí no entran los buses de servicios públicos, no entra nada allí te brindan el servicio de moto taxi, de la vereda hasta acá la salida del Sena a la troncal, viniéndome a pie me llevo 40 minutos, la moto desde muy temprano están, pero a lo que son las seis de la tarde se desaparecen, a veces yo vengo de Santa Marta 7 y 8 me ha tocado irme a pie.” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 1 y 2).

En cuanto a la calidad del transporte público, en particular de las busetas, todos los grupos lo calificaron como deficiente.

Adicionalmente, como se deduce de las afirmaciones realizadas por los participantes, la deficiencia en la cobertura del transporte en los barrios se ha transformado en un factor que fomenta el uso de medios de transporte ilegales como el mototaxismo, con los consecuentes riesgos para la salud de las personas que los emplean, ya que este tipo de transporte presenta altas tasas de accidentalidad.

“Aparte de que nos afecta el bolsillo, nos afecta la tranquilidad porque uno se desespera porque vas a llegar tarde, entonces si por lógica nos afecta la calidad de vida.”

Como se puede concluir, existen múltiples factores en el contexto social de los habitantes de Santa Marta que están afectando su salud y su calidad de vida. Para dar solución a las mismas se requiere trabajar en áreas críticas para la salud, como: acueductos, alcantarillados, vías, transporte público y movilidad.

2. Servicios de salud

En lo referente a los servicios de salud los diferentes participantes identificaron múltiples variables que afectan, la calidad de la atención recibida. Las principales variables identifica-

das pueden ser clasificadas como: distancia a los centros de salud, calidad y calidez de la atención, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), costos de los servicios y disponibilidad de especialistas.

Los participantes afirmaron que el tiempo necesario para llegar a un centro médico o un hospital público o privado no supera los 10 minutos, y si este tiempo se prolonga, la justificación es dada por las condiciones de movilidad de la ciudad.

“En un carro como unos quince a veinte minutos por las condiciones de la carretera”. (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 1 y 2)

Sin embargo, la percepción cambia cuando se indaga acerca de la calidad de los servicios prestados por los centros de salud. Para la mayoría, la atención es deficiente, afirmación en los diferentes grupos focales.

“No es muy bueno porque... una vez, yo estaba haciendo unas visitas al barrio y encontré a un paciente, un señor abandonado en un parque, lo recogí, lo sacudí, me lo lleve, lo saque en una sábanas y lo sacamos del barrio... al llegar a Mamatoco(Centro de Salud) al paciente no me lo querían recibir. Como yo soy enfermera, pero yo a ellos no les dije que era enfermera, hice las llamadas, lo atendieron.” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 1 y 2)

“¿y dónde está el derecho a la salud? Tengo a mi hija enferma desde hace ocho días y no me atrevo a llevarla por urgencia porque hay muchos virus, y con la cita prioritaria con pediatría no tuve acceso.”(Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 3)

“Yo tengo conocimiento de las entidades públicas que están prestando un mejor servicio que las privadas.”(Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 4, 5 y 6)

Igualmente, los participantes expresaron que los servicios tampoco son prestados con calidez, por parte del personal de salud.

“Ahí en Mamatoco, son demasiado groseras las enfermeras.” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 1 y 2).

En complemento, dentro de los servicios prestados en los hospitales y los centros de salud, los participantes identificaron como crítica el área de urgencias, ya que, manifestaron deficiencias en cuanto a tiempo de espera y disponibilidad de talento humano en los mismos. Esta percepción negativa de los servicios de urgencias, fué especialmente marcada, en los grupos focales integrados por participantes que habitan en barrios de estratos socio económicos altos.

“Uno va de urgencia a una entidad privada para esperar tres horas porque solo hay un médico para atender urgencia toda la noche.” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 4, 5 y 6).

“La atención es muy mala. Por lo menos, hace días tuve que llevar a mi hermano de urgencia a una clínica privada, nos fuimos desde la mañana y salimos en la tarde entonces, como dice él, está un solo médico para atender las emergencias.” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 4, 5 y 6).

Estos inconvenientes son causados en algunos casos, por trabas administrativas, impuestas por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a los prestadores de salud.

“El cuñado mío lo tuvimos que llevar de urgencia porque tenía los síntomas de apendicitis... entramos a la una de la tarde y a las nueve de la noche fue que le dijeron que lo tenían que operar, o sea, ocho horas después. Lo peor es que nos dicen que ahí no operan que tenía que enviarlo a otra clínica. Ya habían

encontrado una cama en la clínica La Milagrosa, pero hay(Sic.) que esperar la ambulancia, doce de la noche y nada que llegaba la ambulancia, tuvimos que llevarlo en el carro y lo operaron al día siguiente, tuvo que pasar 24 horas para operarlo.” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 4, 5 y 6).

También, los participantes expresaron como se da el mal uso de los servicios de urgencias, al asistir a ellos sin presentar una condición de salud que verdaderamente lo amerite.

“Hay sitios aquí en donde la salud es buena, pero lo que sucede con emergencias es que muchos van y no la necesitan.” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 4, 5 y 6).

Por otra parte, se puso de manifiesto que los servicios de urgencias son provistos de mejor forma a los afiliados al régimen subsidiado del SGSSS, el cual, erróneamente es identificado por los participantes como SISBEN.

“Una amiga... tiene SISBEN (Régimen subsidiado del SGSSS) cuando llega a urgencia la tratan bien, me entere que tenía neumonía, la llevaron a la Castellana, yo fui con ella, en un momento le hicieron exámenes de sangre, de orina, mejor dicho de todo. Que bien por ella que tiene SISBEN, ojala yo tuviera.” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 4, 5 y 6).

Igualmente, en el grupo focal integrado por personas que habitan en barrios socio económicamente clasificados como 1, se puso de manifiesto que en el régimen subsidiado se recibe una mejor atención que la brindada en el régimen contributivo e incluso que en la Medicina Prepagada.

“He escuchado que ahora está mejor el SISBEN que la propia medicina prepagada (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 1 y 2).

Sin embargo, esta percepción no es confirmada por los participantes de otros grupos focales, quienes en muchos casos, son usuarios de los servicios de Medicina Prepagada y a la vez, afiliados al régimen contributivo, los cuales manifestaron su preferencia para ser atendidos por este tipo de seguro de salud.

“Yo no la uso... porque tengo una prepagada y prefiero ir a esa.” (Participante grupo focal empresarios y artistas).

“Referente a los que tienen EPS y prepagada, por ejemplo, en la rotación de medicina interna si hay pacientes que ameritan la valoración por un internista, entonces que pasa, que llegan los valoran rápidamente porque lo están esperando en la zona VIP y ahí es donde hay discriminación.” (Participante grupo focal empresarios y artistas).

No obstante, el régimen subsidiado, definitivamente, es mejor calificado por los participantes que el régimen contributivo. Lo anterior, por factores relacionados con la calidad y oportunidad de la atención, así como por los costos que se tienen que pagar para ser atendido.

“Hace dos años, mi papá tuvo un accidente y se partió la tibia y peroné. Entonces, tenía que traer unas platinas, pero no las había aquí en Santa Marta sino en Bogotá. La operación, dicen las hojas de cálculo, que costó 45 millones de pesos incluyendo las platinas, y nosotros solo pagamos lo del viaje (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 1 y 2 afiliado al régimen subsidiado).

Otro elemento determinante por el cual sale mal calificado el régimen contributivo es el relacionado con el cobro de copagos y cuotas moderadoras al ser atendidos por consulta externa o al ser entregados los medicamentos formulados por el profesional de la salud tratante.

“El SISBEN (Régimen Subsidiado) está mejor que la propia EPS (Régimen Contributivo), porque si tengo una cita

hoy en la tarde necesito veinte mil pesos, porque yo pago nueve mil quinientos de una cuota, más nueve mil quinientos de la medicina, fuera de los pasajes imagínate cuanto me sale.” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 1 y 2).

“Ahora por la empresa me benefician que tengo este servicio (Régimen Contributivo) pero yo no puedo meter a mi papi allá, porque de donde voy a sacar veinte mil pesos ¿y si no alcanzo a salir a tiempo a llevar a mi papi? pierdo la cita y me toca pagar multa.” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 1 y 2).

“Para mi es mejor el SISBEN... porque a mí me estaba saliendo el copago muy alto y me tocaba pagar por las consultas y medicinas.” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 1 y 2).

De igual forma, se identificó la necesidad de recurrir a acciones legales para poder materializar el derecho fundamental a la salud.

“Tengo una prima que tuvo cáncer en un seno, ella tiene salud total, pero para que la pudieran atender tuvo que meter una tutela, ya que el cáncer venía avanzado.” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 4, 5 y 6).

Y es que la problemática de la atención en salud en Santa Marta, también se halla relacionada con el déficit de especialistas.

“Mi niña se enfermó y llamamos, aunque me dijeron que solo tenían tres pediatras, entonces no me daban la cita porque hay una sola pediatra, la cual se encuentra ocupada.” (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 3).

“Llevo más de tres años con un problema en la espalda, y he pedido tal vez unas cinco citas por el mismo problema, porque solo me dicen que me ponga hie-lo, que me tome tales pastillas, pero no

me mandan a que me haga tales análisis, radiografía o algo más profundo para saber qué es lo que tengo." (Participante grupo focal empresarios y artistas).

Adicionalmente, la atención en salud se ve afectada por las malas condiciones laborales en que se encuentran los trabajadores de la salud. Este factor los impulsa a tener que emplearse en varias instituciones, para poder obtener un ingreso que les retribuya sus costos de formación.

"Aquí hay deficiencia en cuanto a la falta de especialista, yo trabajo en la clínica de la mujer, entonces llega el neurocirujano, es esperar a que salga de otras clínicas en donde trabajan todo el día, es cuando ya llegan en las noches a valorar al paciente." (Participante grupo focal empresarios y artistas).

De otra parte, el trabajo con los grupos focales puso en evidencia la problemática que tienen las clases medias, quienes no tienen un trabajo estable que les permita afiliarse al SGSSS, ya que, al no ser clasificadas mediante el SISBEN como pobres, no pueden afiliarse al régimen subsidiado y al no tener ni trabajo estable ni ingresos suficientes para pagar la cotización, tampoco se pueden afiliar al régimen contributivo.

"A mí no me funciona, como tengo SISBEN número tres (Al régimen subsidiado solo tienen derecho los niveles 0, 1 y 2) y no me cubre nada, solo como un registro de que estoy." (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 3).

"En estos momentos no tengo salud." (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 3).

Así mismo, se identificaron problemas en los servicios de salud brindados a los afiliados a los denominados regímenes de excepción (Fuerzas militares y de policía, magisterio y Ecopetrol), los cuales, si bien, desde los normativos, teóricamente tienen mejores cober-

turas en salud, pareciera que presentasen los mismos inconvenientes del SGSSS.

"Mi caso es particular, a mí me atienden en el batallón (Régimen de las Fuerzas Militares), pero ese servicio no es bueno, porque se requiere tiempo, hay mucha gente, es demorado y si es con un especialista toca esperar una orden." (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 3).

Finalmente, vale la pena destacar la solidaridad existente en las comunidades de Santa Marta, para gestionar recursos e infraestructuras que benefician la salud de los habitantes del Distrito. En tal sentido, los participantes dieron relevancia al papel que juega las juntas de acción comunal de los barrios, en gestionar y obtener recursos provenientes del gobierno distrital.

"La Junta de Acción Comunal implementó un proyecto junto con la Alcaldía... un programa de alimentación para las personas de la tercera edad, y a mi abuelo le llega el almuerzo todos los días" (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 1 y 2).

"Ayudan (La junta de acción comunal) a uno a meterse en el SISBEN, los niños, crecimiento y desarrollo también para estudiar en el SENA" (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 3).

"Trabajo con el área de la salud y donde yo trabajo ese centro fue construido gracias a la junta de acción comunal" (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 4, 5 y 6).

De igual forma, la solidaridad se expresa de manera informal y espontánea cuando algún integrante de la comunidad lo necesita.

"En mi barrio si hay solidaridad, porque yo tengo un primo que se estaba asfixiando y yo sé que él no demoraba más de

tres minutos, porque lo que le estaba dando era fuerte, pero gracias a Dios, al lado de mi casa vive un enfermero y lo primero que hizo fue brindarle primeros auxilios. Se recuperó y siguió respirando, ahí si lo llevamos a un centro médico, o sea, yo digo que también hay que capacitar al personal del pueblo sobre la salud (Participante grupo focal de barrios clasificados en estratos 1 y 2).

Pero tal como lo expresó el participante, en la anterior narración, la solidaridad debe estar acompañada con capacitación y esta, a su vez, con dotaciones de infraestructura, talento humano, eliminación de barreras económicas y geográficas, así como financiamiento suficiente para que la salud en Santa Marta, aporte positivamente a la calidad de vida de todos los habitantes.

Discusión

La salud es el resultado de la combinación de múltiples factores. En tal sentido, la presencia o no de enfermedades está asociada tanto a variables de orden social como a la disponibilidad de: infraestructuras, servicios, tecnologías biomédicas, medicamentos y personal de salud. Algunos estudios han tratado de establecer el peso ponderado de cada uno de estos dos variables, es así que “se ha establecido que la contribución a la salud del sistema sanitario es de un 25%, mientras que el ambiente social y económico en que las personas viven y trabajan contribuye aproximadamente un 50%”¹⁴.

En relación con la anterior afirmación, la investigación permitió conocer la forma en que los habitantes de Santa Marta perciben la salud en su ciudad. Al respecto, se encontró que en la totalidad de los grupos poblacionales que fueron incluidos en el estudio, las condiciones de salud de la ciudad fueron percibidas como deficientes. Las causas de esta percepción están relacionadas tanto con el contexto social como con la prestación de los servicios de salud.

Para la primera causa, fueron, principalmente, dos los factores negativos expresados por los pobladores de Santa Marta: deficiencia en infraestructura y suministro de agua potable y movilidad. Para el primero de estos factores, la forma en que incide en la población varía de acuerdo a la condición socio-económica; es así, que en los barrios clasificados en estratos bajos, el principal problema radica en la inexistencia de acueductos y alcantarillados, lo que impulsa a la comunidad a utilizar estrategias legales e ilegales para proveerse de agua.

Por el contrario, los barrios clasificados en estratos medios y altos cuentan con infraestructura, pero sufren de deficiencias en cuanto a la continuidad en el suministro de agua. Esto ha conllevado a que, indiferente al estrato, todos los habitantes requieran contar en sus viviendas con tanque o albercas en las cuales puedan mantener reservas de agua. Esto puede traer como consecuencia que la calidad del agua se deteriore y/o se convierta en criadero de vectores de enfermedades como dengue, malaria o chikunguña, lo que pone en riesgo la salud de los habitantes de Santa Marta. La calidad de vida en las urbes depende del estado del medio ambiente que se pueda brindar a sus habitantes, como lo afirma Botero “La calidad ambiental urbana repercute en la calidad de vida de los habitantes de una ciudad”¹⁵.

Para el segundo factor, movilidad, los participantes expresaron serios inconformismos en cuanto al diseño de rutas, calidad de los buses, capacidad de los conductores e inexistencia de vías que comuniquen internamente a los barrios. Como consecuencia, el nivel de estrés, derivado de los largos períodos que deben pasar en un bus o el riesgo de recurrir a servicios ilegales de transporte con altas tasas de siniestralidad, como lo es el mototaxismo, afecta negativamente la salud de los pobladores de Santa Marta, indiferente del estrato socioeconómico del barrio en que habitan.

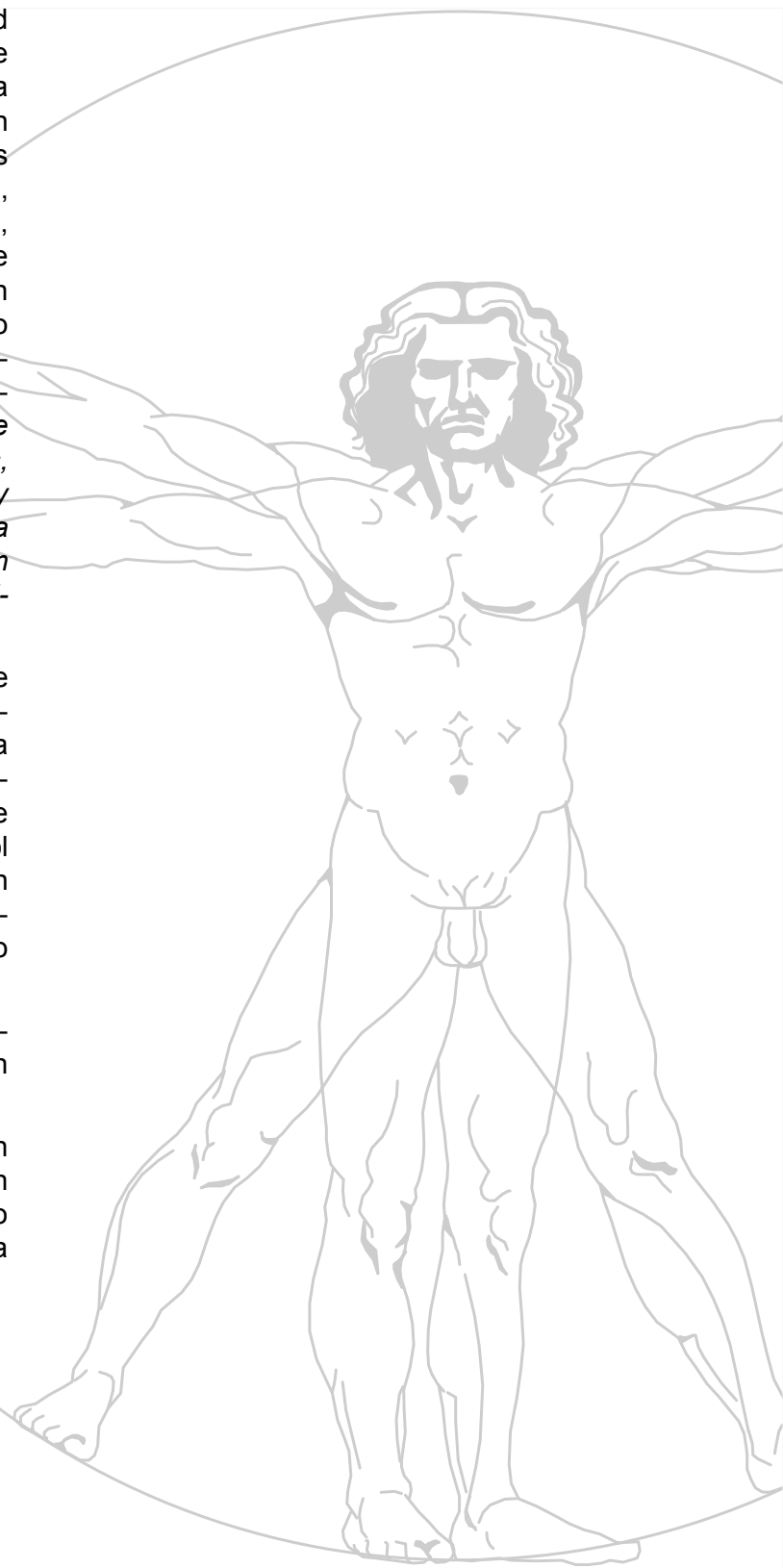
En cuanto a la segunda causa, prestación de los servicios de salud, los participantes

expresaron que aunque los centros de salud y los hospitales son cercanos a su lugar de residencia, la atención en ellos no es brindada con calidad y calidez. Lo anterior se justifica en factores como tardanzas en la atención de los servicios de urgencias, déficit de especialistas, trato descortés por parte del personal de salud, entre otras. Por tanto, no basta una aceptable dotación de infraestructura, sino la calidad en oportunidad y eficiencia de la atención, como mecanismo que evite la presencia de inequidades sociales que afecten la salud de las poblaciones, tal como Delgado afirma: *“No obstante los esfuerzos realizados, que son innegables, aún persisten condiciones de desigualdad y miseria que influyen notablemente sobre la salud, que por ende son generacionales, en donde se perpetúan estas condiciones de inequidad social”*¹⁶.

Finalmente, se resalta el reconocimiento que tienen las juntas de acción comunal de los barrios como defensoras y gestoras del derecho a la salud, al lograr para sus comunidades, afiliaciones al régimen subsidiado, construcción de infraestructuras y ser entes de apoyo y control de la prestación de los servicios públicos, en especial de agua y aseo. Por ello, la participación es valorada como contenido democrático y necesidad humana fundamental¹⁷.

Conflictos de interés: Los autores del presente trabajo, declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Fuentes de financiación: La investigación objeto del presente artículo, fué financiada en su totalidad por la Universidad Jorge Tadeo Lozano, en el marco de la convocatoria interna N° 10 de 2013.



Literatura citada

1. Rawls J. (ed.) **Liberalismo Político**. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2006.
2. Nussbaum M. (ed.) **Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice**. *Feminist Economics* 2003; 9(2-3):33-59.
3. Angarita CR, Ortega FRF, Ferrel R, Ospino GAC, Ceballos A, Camargo AL **Asertividad y Autoestima en Estudiantes de Primer Semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una Universidad Pública de la Ciudad de Santa Marta (Colombia)**. *Psicología Desde El Caribe* 2009; 24:91-105.
4. World Health Organization. **Official Records of the World Health Organization**, New York: World Health Organization; 1946.
5. Organización Mundial de la Salud. **Nota Descriptiva N° 323. Derecho a la salud**. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2013.
6. Organización Mundial de la Salud. **What do People Want for Health in the Post-2015**. *The Lancet* 2013; 381:1441 – 1443.
7. Schwartzmann, L. **Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales**. *Cienc Enferm* 2003; IX(2):9-21.
8. Mieles MD. **Calidad de Vida de Niños y Niñas de Estratos Medios: Estudio de Caso**. *Rev. Lat. de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 2015; 13(1): 295-311.
9. **Ley 100 de 1993, Por La Cual Se Crea El Sistema De Seguridad Social Integral y Se Dictan Otras Disposiciones**. (Diario Oficial Numero 41.148, de 23 de diciembre de 1993)
10. Jiménez-Barbosa WG. **El Derecho a la Salud Una Búsqueda Inacabada Para La Sociedad Colombiana**. *Revista EAN* 2009; 67:107-122.
11. Departamento administrativo Nacional de Estadística de la República de Colombia (DANE). **Nacimientos Por Área y Sexo, Según Municipio de Ocurrencia, Informe Preliminar**. Bogotá DC: Departamento administrativo Nacional de Estadística de la República de Colombia (DANE); 2014.
12. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo- PNUD. **Magdalena 2012, Estado de Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio**. Santa Marta: PNUD; 2012.
13. Correa G, Muñoz A. **Agua, pobreza y equidad: un análisis asimétrico**. *Rev Lat de Bioética* 2015; 28(1):90-99.
14. Udalsarea21, Red vasca de Municipios Hacia la Sostenibilidad. **SALUD Y DESARROLLO URBANO SOSTENIBLE. Guía práctica para el análisis del efecto en la salud de iniciativas locales de urbanismo**. Bilbao: Udalsarea21, Red vasca de Municipios Hacia la Sostenibilidad; 2014.
15. Pinzón MV, Echeverri IC. **Espacio público, cultura y calidad ambiental urbana**. *Investigación & Desarrollo* 2010; 18(1):92-113.
16. Delgado-Bravo AI, Naranjo-Toro M, Castillo R, Basante Y, Rosero-Otero M. **Tendencias de investigación en salud. Análisis y Reflexiones**. *Aquichan* 2014; 14(2):237-250.
17. Madariaga C, Mosquera M, Manga J, Gallardo LD. **La dinámica urbana desde la perspectiva social y comunicación alrededor de las aguas residuales en la Guajira (Colombia)**. *Investigación & Desarrollo* 2005; 13(1):204-227

